



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ
NANCY I

FACULTE DE MEDECINE
NANCY



**THESE DE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I**

Ecole Doctorale: Biologie et Santé
Spécialité: Epidémiologie et Santé Publique

N° attribué par la bibliothèque



THESE

Présentée et soutenue publiquement
le 6 juillet 1998
pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I

par

Dominique Marie KEROUEDAN

née le 23 Août 1959

**SIDA: DOUZE ANS D'EPIDEMIE EN CÔTE D'IVOIRE
AFRIQUE DE L'OUEST.
ANALYSE CRITIQUE DES STRATEGIES
INTERNATIONALES SUR LA PERIODE 1987-1998
BILAN ET PERSPECTIVES**

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS

JURY

Président: Professeur Thierry MAY

Jacques CHAPERON (Rennes), professeur, rapporteur
Claude RAYNAUT (Bordeaux), directeur de recherche, rapporteur
Francis GUILLEMIN (Nancy), maître de conférences, juge
Jean-Claude FRITZ (Dijon), professeur, juge



D 007 137977 8

Je dédie ce travail:

*A Thierry, mon compagnon de route dans ces pays,
auprès de qui j'ai trouvé une compréhension et un soutien sans faille
pour défendre et partager des idées contestées ou inédites
et pour qui la quête et l'exercice d'un métier épanouissant,
que l'on soit homme ou femme, est une évidence précieuse.
Toute ma gratitude, ma tendresse et mon amour.*

*A Théo, Johann et Gaëtan, nos fils:
me pardonnerez-vous toutes ces heures de votre petite enfance
que nous n'aurons pas passées ensemble:
« Maman, oh non! Pourquoi tu travailles toujours? »
Pour vos acclamations joyeuses et inoubliables à chacun de mes retours.*

*A la mémoire de mon père Hervé-Joël Kerouedan †
à qui je dois d'avoir découvert l'Afrique
et vécu précisément en Côte d'Ivoire aux lendemains des indépendances
A la mémoire de Dr Pierre Morand † son «grand frère»
A tous deux réunis, à qui je dois d'être médecin.*

*A Dominique Esmel †, président de l'association Lumière Action,
A Nestor Digbeu †, ce jeune médecin exceptionnel,
A Thierry Berche † médecin anthropologue,
mes amis décédés en Côte d'Ivoire en 1996 et 1997
alors que nous échangeons des propos sur l'épidémie de sida en Afrique
et tentions de refaire le monde. Si ce travail n'est pas plus riche,
c'est parce que vous n'avez pu le nourrir de vos propos jusqu'à son terme.
En hommage à vos combats respectifs.*

*A Christine pour sa confiance, son admirable force et son courage exceptionnel
A Etienne, fondateur de Lumière Action en Côte d'Ivoire
A Francis †, membre de Lumière Action
licencié du célèbre Hotel Ivoire à Cocody-Abidjan, parce qu'il était séropositif
A eux tous qui nous rappellent que le sida est aussi
« une histoire d'amour » et « une affaire de cœur »:
puissent les médecins être à leur écoute*

*A Jonathan Mann †, pour son immense contribution à la lutte contre le sida et ses
brillantes interventions sur l'éthique et la santé publique*

*A la communauté internationale, en particulier l'ONUSIDA,
puissiez-vous un moment suspendre le temps et faire le point*

REMERCIEMENTS

Je remercie très chaleureusement Pr Jean-Pierre Deschamps, pour avoir su, toujours positivement, rigoureusement et courtoisement, partager tout au long et jusqu'au bout cet engagement. Je lui dois d'avoir accompli ce travail. Toute ma reconnaissance.

Je remercie Pr Jacques Chaperon, président de ma thèse de doctorat de Médecine en 1989 pour avoir accepté de m'accompagner une nouvelle fois en 1998.

Je remercie Mr Claude Raynaud, anthropologue de terrain, aux approches novatrices sur les réseaux sociaux de propagation de l'épidémie de sida en Afrique, de me donner une nouvelle fois l'occasion de réfléchir ensemble au cas ivoirien.

Je remercie les Drs N'Da Konan, Emmanuel Gnaoré et Issa Malick Coulibaly qui se sont succédé à la tête du Programme National de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire sur la période de ce travail et ainsi partagé amicalement avec moi quelques points de cette réflexion: pour tout ce qu'on aura tenté et vécu ensemble à Abidjan.

Je remercie le Ministère de la Coopération, dont les services relèvent désormais du Ministère des Affaires Etrangères, de m'avoir permis, en m'affectant au poste de conseiller technique du directeur du Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire sur la période 1992-1997, d'observer en équipe avec mes confrères et amis ivoiriens l'épidémie de sida et ses effets, de tenter des réponses et d'être confrontés à nos limites, de réfléchir ensemble aux nombreuses et complexes interpellations de cette épidémie à la santé publique.

A Bernard Laborderie, Bruno Floury, Danielle Larger et Jean-Paul Louis mes conseillers sur le terrain. A Jean-Marie Laure, Bernard Grangeon, Jacques Schwartz, Christian Marchal et Pierre Eozénou mes interlocuteurs à Paris.

Je remercie Michael De Paw à Abidjan, sans qui je n'aurais jamais trouvé l'isolement nécessaire à la rédaction de ce travail et des publications de thèse et Anne Papillon pour son précieux soutien logistique.

Citations à propos:



« Il faut entre nos mains qui sont les plus nombreuses
broyer la mort idiote, abolir les mystères,
construire la raison de naître et de vivre heureux »

Robert Debré

*Echange avec un petit garçon de 7 ans dans un quartier d'Abidjan en 1997
à l'occasion d'une séance publique de sensibilisation sur le sida:*

« C'est quoi le sida? » demande l'adulte à ses côtés
L'enfant: « c'est une maladie qu'on attrape avec les rapports sexuels »
L'adulte: « oui et comment est la maladie? »
L'enfant: « on a la diarrhée, on est très maigre et puis on meurt »
L'adulte: « oui et comment on fait pour ne pas attrapper le sida? »
L'enfant: « eh bien on met des capotes »
L'adulte: « oui et la capote on la met où? »
L'enfant: « Oh ben là, je sais pas! »

Raconté par Thierry Barbé

« Parce que l'on s'aime sans savoir que l'on sème »

Vincent Mouluquet

« Plus que la maladie, la souffrance et la mort, c'est l'inaccessibilité
aux soins qui constitue un scandale permanent de la fin de ce siècle »

Pr Marc Gentilini

« La mémoire africaine est faite d'un socle ancien très présent
et d'une histoire récente dominée par l'étranger »

Thérèse Pujolle

Pour que l'Afrique ne « fabrique pas plus de cercueils que de berceaux »

LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS ISSUES DU TRAVAIL DE LA THESE

1- PUBLICATIONS UTILISEES DANS LE TEXTE DU DOCUMENT DE THESE

1-1. Articles, revues à comité de lecture

Kerouedan D. Access to antiviral therapies in African countries. *The Lancet*, 1997; 349:1704.

Esmel D.†, Tapé Bi E., Kouamé J., D. Kerouedan. Tous unis dans l'espoir? *Cahiers Santé* 1997; 2:143-4.

Kerouedan D. Lutter contre le sida en Afrique de l'Ouest: quelles perspectives en cette fin de siècle ? A partir du cas de la Côte d'Ivoire observé sur la période 1987-1997. *Santé Publique* 1998, vol 10, N° 2, pp. 203-218.

Kerouedan D. Christine, jeune femme séropositive en Côte d'Ivoire: réflexion sur la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant en Afrique. Soumis à *Sciences Sociales et Santé*. 1998.

Kerouedan D. Les formations sanitaires à base communautaire, une alternative à la prise en charge symptomatique ambulatoire du sida à Abidjan. Soumis aux *Cahiers Santé*. 1998.

1-2. Chapitres d'ouvrages

Kerouedan D., Deschamps JP., Coulibaly I.M. Formation des personnels de santé à la prise en charge des malades du sida. L'expérience ivoirienne sur la période 1987-1997. In: *Le Dépistage et le Conseil dans l'Infection à VIH en Afrique*. Karthala. Paris. 1998. p. 149-165.

Kerouedan D. La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique francophone sur la période 1987-1997: le cas de la Côte d'Ivoire en Afrique de l'Ouest. In: *Rapport de l'Observatoire Permanent de la Coopération Française*. Karthala. Paris. Septembre 1998.

Kerouedan D. Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH en milieu urbain en Afrique? Le cas de l'association Lumière Action en Côte d'Ivoire. In: *Dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*. Ed. CEDA. Abidjan. 1998. Sous presse.

1-3. Rapports de recherche

Dédy S., Tapé G., Kerouedan D., Ekpini A., Msellati P. Sida et Procréation en Côte d'Ivoire. Le Cas d'Abidjan. Rapport final. Août 1995. 132 p.

Union Européenne, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de Côte d'Ivoire, Centre International de l'Enfance et de la Famille. Sida et Secteur Santé: Analyse des Conséquences et Stratégies de Réponse. Le Cas de la Côte d'Ivoire. Rapport Final. Octobre 1997. 321 p.

1-4. Documents politiques et stratégiques

Groupe de Réflexion consultatif auprès du PNLS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Eléments pour une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Rapport Final. Abidjan. Juin 1995. 45p.

Kerouedan D. Rapport de propositions à l'Inspecteur Général de la Santé Publique sur le devenir de l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil (USAC) au CHU de Treichville. Abidjan. Avril 1997. 15 p.

Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire. Programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose. Politique Nationale d'Approvisionnement, de Distribution, et de Tarification pour les Réactifs Sérologiques de l'Infection à VIH en Côte d'Ivoire. Propositions à Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Rapport de la Direction Exécutive du PNLS/MST/TUB. Juin 1997. 18 p.

1-5. Communications et résumés

Kerouedan D., David H.A., Tano-Bian A., Coulibaly I.M. Les malades du sida en Afrique: donnée incontournable pour la conception et la mise en place de mécanismes de financement des soins de santé. Communication orale. Colloque International. Les Innovations dans la Pratique Médicale et le Financement de la Santé en Afrique au Sud du Sahara. Bamako-Mali, février 1995.

D. Kerouedan, A. Kadio, A. Tano-Bian, B. Guessan Bi Gouzan. Décentralisation de la prise en charge des malades du sida dans les formations sanitaires périphériques d'Abidjan-Côte d'Ivoire. Communication orale. Congrès d'Epidémiologie et de Santé Publique de l'ADELF et de la SFSP. Nancy-France, juillet 1995.

Kerouedan D., David H.A., Coulibaly I.M. Dépenses en soins et traitements des malades de sida à Abidjan, Côte d'Ivoire. Communication orale. Résumé WeD264. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala-Ouganda, décembre 1995.

Camara R. et le comité consultatif auprès du PNLS. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Propositions et recommandations pour une politique nationale en Côte d'Ivoire. Poster. WeD879. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique. Kampala-Ouganda, décembre 1995.

Dédy S., Tapé G., Kerouedan D. et al. Sida et procréation en Côte d'Ivoire. Une enquête à Yopougon en 1995. Résumé WeD838. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala-Ouganda, décembre 1995.

IM. Coulibaly, D. Kerouedan, A. Kadio, N. Digbeu. Décentralisation de la prise en charge des malades du sida en Côte d'Ivoire: aspects pédagogiques, politiques et logistiques. Communication orale. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique à Kampala-Ouganda, décembre 1995.

D. Kerouedan et le Groupe Consultatif auprès du Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire. Quelle politique de prévention de la transmission materno-foetale de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire? Communication orale. Stage « Périnatalité » du Ministère de la Coopération et l'ASPROCOP, ENSP Rennes, août 1996.

D. Kerouedan., J.P. Louis. La politique de lutte contre le sida de la Coopération française en Afrique. Le cas de la Côte d'Ivoire. Communication orale. Séminaire International de Formation des Journalistes Africains. Sidalerte, Abidjan, Côte d'Ivoire, février 1997.

D. Kerouedan. Formation des personnels de santé au dépistage et au conseil dans l'Infection à VIH: l'expérience du Programme National Sida/MST/Tuberculose en Côte d'Ivoire sur la période 1987-1997. Communication orale. Atelier Dépistage et Conseil dans l'Infection à VIH. APRODEC. Bobo Dioulasso, mars 1997.

D. Kerouedan. Cadre institutionnel du dépistage et du conseil en Côte d'Ivoire. Communication orale. Atelier Dépistage et Conseil dans l'Infection à VIH. APRODEC. Bobo Dioulasso, mars 1997.

D. Kerouedan. L'Afrique, la France et les Etats-Unis: Contributions de la coopération française et de USAID à la Lutte contre le Sida en Afrique sur la période 1987-1997. Communication orale. Conférence L'Afrique la France et les Etats-Unis. Centre d'Etudes et d'Afrique Noire et African Studies Centre of Boston University. Bordeaux, France, mai 1997.

Ricard. D., Louis JP., Kerouedan D. Réflexion sur l'utilisation des antirétroviraux en Afrique. Résumé N° 081B741. X^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique. Abidjan, décembre 1997.

D. Kerouedan. D. Raymond. N. Rakotoarisoa. Razafiarison. G. Champetier de Ribes. D. Drevet. Contribution à la mise en place du recouvrement des coûts des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques périphériques. Projet d'appui de la coopération française à la Direction-Inter-Régionale du Développement Sanitaire de Tuléar, Madagascar. Communication orale. Congrès de la Société Française de Santé Publique. Grenoble, France, 29 juin-3 juillet 1998.

D. Kerouedan. F. Girard. JP. Deschamps. Contributions de la communauté internationale à la lutte contre l'épidémie de sida en Côte d'Ivoire sur la période 1987-1997: choix des stratégies et questions à la santé publique. Poster. Congrès de la Société Française de Santé Publique. Grenoble, France , 29 juin-3 juillet 1998.



2-1. TRAVAUX PUBLIES NON REPRIS MAIS CITES DANS CE DOCUMENT

2-1. Articles, revues à comité de lecture

Kerouedan D., Bontez W., Bondurand A. et al. Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. Etat des lieux et perspectives en Côte d'Ivoire. *Cahiers Santé* 1994; 4: 37-42.

Kerouedan D. Les femmes africaines face au sida: le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives. *Cahiers Santé* 1995; 5: 259-61.

2-2. Articles, autres revues

Kerouedan D. Transmission verticale et postnatale du VIH. Le silence est rompu à Abidjan. *Sociétés d'Afrique et Sida* 1995; 7:2-3.

Barbé T., Kerouedan D. Santé Publique et privée: l'Etat et le Citoyen en Côte d'Ivoire. *Sociologie et Santé* 1995; 13: 19-30.

2-3. Chapitres d'ouvrages

Williams G., Blibolo A., Kerouedan D. Colmater les Brèches. Stratégies pour l'Espoir. Action Aid 1995, N°10. 61p.

2-4. Rapports de recherche

Etchepare M., Kerouedan D. La Contribution de la Coopération française à la lutte contre le sida dans les pays du Champ. Synthèse des constats et propositions tirés du questionnaire envoyé aux coopérants du secteur santé. ASPROCOP. Juillet 1994. 15 p.

2-5. Documents politiques et stratégiques

Kerouedan D. La Politique de santé des Communautés Européennes dans le cadre de ses relations avec les pays ACP. Mémoire pour le D.U. de Politiques de Santé Européennes. Centre Européen Universitaire. Nancy. Juin 1994. 35p.

2-6. Communications et résumés

Etchepare M., Kerouedan D. Contribution des coopérants à la définition des stratégies de lutte contre le sida en Afrique francophone. Poster. Congrès

d'Epidemiologie et de Santé Publique de l'ADEF et de la SFSP. Nancy, juillet 1995.

Sylla-Koko F., Ezoua-Ehul C., Traoré-Anaky MF., Anglaret X., Portal JL., Charvet A., Kerouedan D., Tano-Bian A., Coulibaly I.M. Séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales à Abidjan, Côte d'Ivoire. Poster. IX^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique, Kampala-Ouganda, décembre 1995.

D. Kerouedan. L'hôpital de jour pour les malades du sida en Afrique: que retient-on de l'expérience ivoirienne? Communication orale. Forum de l'association ASPROCOP, ENSP Rennes, août 1996.

Tapé G., Dédy S., Eono P., Kerouedan D., Yéno H., Kaba F., Coulibaly IM. Evaluation de la formation des personnels de santé à la prise en charge du sida en région sud en Côte d'Ivoire. X^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique, Abidjan, décembre 1997. Abstract 070C78.

2-7. Productions audiovisuelles

T. Berchet†, D. Kerouedan. Initiateurs, conseillers techniques et scientifiques. T. Berchet†, scénario. GUERISSEURS SIDA. Réalisateur Idris Diabaté. Coproduction Comité National de Lutte contre le Sida Abidjan-Centre Culturel Français de Côte d'Ivoire, avril 1995.

D. Kerouedan. Messages de prévention et d'information sur le Sida: Spots Radio. Opération Découverte Sports à Abidjan, Radio-France Internationale (RFI), février 1995.

Revue Noire. PNLS/MST/TUB Côte d'Ivoire. LA SOCIÉTÉ AFRICAINE ET LE SIDA. Conseiller technique de cette Co-Production Revue Noire/Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire/Mission de Coopération et d'Action Culturelle à Abidjan, de quatre documentaires sur la vie quotidienne personnelle, familiale, sociale et professionnelle, des personnes vivant avec le VIH Sida, diffusée à l'occasion d'un Plateau télévisé lors de la Journée Mondiale du Sida le 1^{er} Décembre 1996 en Côte d'Ivoire. Identification des personnes, propositions d'axes thématiques, appui scientifique à l'élaboration du scénario.

INTRODUCTION

La pandémie de sida éclate en Afrique dans les années 80 (Grmek, 1989) se propage rapidement en Afrique centrale et en Afrique de l'Est (Quinn et al, 1986) et plus tardivement en Afrique de l'Ouest (De Cock et al, 1989) (De Cock et al, 1990) (De Cock, 1996). Le continent, dont les services publics et les secteurs sociaux subissent au même instant la crise économique et les conséquences des politiques d'ajustement structurel mises en oeuvre par les institutions de la Banque Mondiale (BM) et du Fonds Monétaire International (FMI), est bien démuni pour faire face à la nouvelle épidémie (Lurie et al, 1995). La communauté internationale définit et finance dès 1987 un cadre de réponse et la mise en oeuvre d'une stratégie mondiale de prévention de la transmission du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). La structure mandatée, à l'époque le Programme Mondial Sida de l'Organisation Mondiale de la Santé (mieux connu sous le nom de « GPA/OMS » ou « Global Programme on AIDS » localisé au siège de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève, définit un cadre structurel et des objectifs prioritaires et propose une stratégie « *remarquablement stéréotypée sur l'ensemble du continent africain* » (Fassin, 1994). Ainsi les Comités et les Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (CNLS et PNLS) sont-ils créés en 1987 dans plusieurs pays africains et localisés auprès du Ministre de la Santé des pays concernés. Le budget de fonctionnement de ces nouvelles structures est pris en charge par l'OMS jusqu'en 1995. Le leitmotiv de cette décennie de lutte, est, à l'exclusion de tout autre, de prévenir la transmission sexuelle du virus et de promouvoir le préservatif. Des études anthropologiques sont mises en place. Quelques activités relatives à la surveillance épidémiologique et à la sécurité transfusionnelle sont également financées au moins dans les capitales. Les organisations bilatérales de l'aide

internationale sont mises à contribution. Les plans stratégiques et les plans annuels d'action sont élaborés par les équipes des PNLS africains sous la tutelle de l'OMS et financés exclusivement (hors salaires des responsables nationaux affectés dans les services du PNLS) par la coopération internationale pendant cette période (Union Européenne et al, 1997). La Coopération française (Marchal, 1994) (Ministère de la Coopération, 1996) (Kerouedan, 1998 (a)), la Coopération américaine (USAID 1994 (b)), la Coopération allemande ou GTZ (Union Européenne et al, 1997) et l'Union Européenne (Commission des Communautés Européennes, 1994)) sont les principaux bailleurs de fonds de ces programmes de lutte contre le sida en Afrique. Progressivement les autres institutions onusiennes s'emparent de la lutte contre l'épidémie en concertation avec l'OMS: l'UNICEF (Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance), le FNUAP (Fonds des Nations-Unies pour la Population), l'UNESCO (Organisation des Nations-Unies pour l'Education, la Science et la Culture), et le PNUD (Programme des Nations-Unies pour le Développement), financent, indépendamment les uns des autres, des actions de mobilisation sociale et de promotion du préservatif, et se regroupent (OMS, 1993 (b)) et forment avec la Banque Mondiale en janvier 1996 l'ONUSIDA (UNAIDS, 1995(a) et (b)).

L'impact de la stratégie mondiale élaborée par GPA/OMS dans la seconde partie des années 80 pour vaincre le sida n'est pas à la hauteur des objectifs en particulier en Afrique où l'épidémie se poursuit et où le nombre de malades s'accroît considérablement dans les années 90 pour atteindre près de 20 millions de personnes en 1997 (Etchepare, 1998). En témoignent les données de l'épidémie rappelées à chaque Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique

depuis dix ans et plus récemment les données figurant dans les rapports de situation présentés par l'ONUSIDA (UNAIDS, 1996) (ONUSIDA, 1997). En réponse à cet échec relatif, la stratégie de GPA-OMS est révisée en 1993 (OMS, 1993 (a)) et inclut désormais des objectifs et des actions relatifs à la limitation de l'impact médical et social de la maladie. Cette stratégie n'a pas le temps d'être mise en oeuvre sur le terrain. Au motif de coordonner l'aide internationale, les agences de l'ONU oeuvrant sur le secteur santé se regroupent pour mieux contrôler la gestion des ressources allouées à la lutte contre la pandémie et pour tenter de pallier les insuffisances de GPA-OMS jugé au bout de dix ans inapte à répondre seul à ce fléau: l'ONUSIDA est une réponse internationale institutionnelle de plus à la pandémie. Cette nouvelle structure, bien que moins financée, au contenu imprécis (« le plaidoyer » ou « advocacy », la « multisectorialité », la « coordination » sont les maîtres mots de sa mission (UNAIDS, 1995 (a) et (b)), donne cependant, du fait de sa nouveauté et de la question médiatisée de l'accessibilité économique des patients africains aux thérapeutiques antirétrovirales, un second souffle à la lutte contre le sida en Afrique à partir de 1996.

Pourtant, les questions de la contribution des malades vivant avec le VIH/sida à la lutte contre le sida (Berche et al, 1998) (Kerouedan, 1998 (b)), de l'amélioration de la prise en charge (même symptomatique) des malades du sida par les professionnels de santé, prenant en compte son coût (Kadio et al, 1993) (Kerouedan et al, 1995) (PNLS/MST/TUB, 1997) et son financement (Union Européenne et al, 1997), ne sont prises en compte sur le terrain de manière opérationnelle que très tardivement et de manière localisée en milieu urbain (Kadio et al, 1993) (Kerouedan, 1997(a)) (Union Européenne et al, 1997) (Kerouedan et al, 1998). La question de l'accessibilité des patients africains aux médicaments

antirétroviraux, soulevée aux lendemains de la Conférence de Vancouver en juillet 1996 (Esmel et al, 1996) (Kerouedan, 1997) (Coulaud et al, 1997(a)) (Coulaud et al, 1997 (b)) (Ricard et al, 1997), donne à l'ONU une autre raison d'être, de débattre et d'exercer un (ultime?) pouvoir en matière de lutte contre le sida. Certains responsables africains pourtant ne sont pas dupes. Dans les milieux professionnels on s'interroge, étant donné l'ampleur de la tâche chaque jour croissante, l'absence cette fois de référence stratégique, le faible montant des financements dont dispose cette structure (UNAIDS (a)) et l'impact de l'épidémie de sida sur les économies et les systèmes de santé africains (Arno, 1987) (Scitovski et al, 1987) (Scitovski et al, 1988) (Over, 1988) (Griffiths, 1988) (Shepard, 1989) (Hassig et al, 1990) (Hellinger, 1990) (Over et al, 1991) (Ainsworth, 1992) (Shepard et al, 1992) (Söderlund et al, 1993) (Foster, 1994) (Koné et al, 1994) (Union Européenne et al, 1997), sur l'utilité de l'ONUSIDA et le maintien par les gouvernements occidentaux des contributions multilatérales à la lutte contre le sida.

OBJECTIFS

L'objectif de ce travail est d'analyser les évolutions institutionnelles et stratégiques de la réponse du gouvernement de Côte d'Ivoire et de la communauté internationale à l'épidémie de sida en Afrique (Comité National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, 1987) (OMS, 1993) (UNAIDS, 1995 (b)) (Union Européenne et al, 1997). L'objectif est de réfléchir ensuite plus spécifiquement sur certains points de réponse peu ou pas abordés par les instances nationales ou internationales pour puiser de cette analyse une nouvelle approche stratégique plus opérationnelle en matière de lutte contre le sida en Afrique, invitant à réfléchir plus

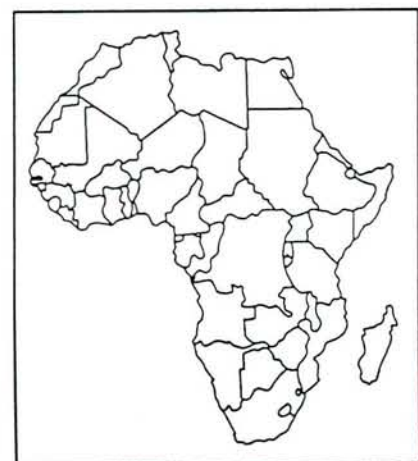
largement à une approche de l'aide internationale en faveur, non plus d'une forme tutellaire, mais de l'accompagnement des autorités sanitaires et de leurs initiatives dans les pays en développement.

CONTEXTE

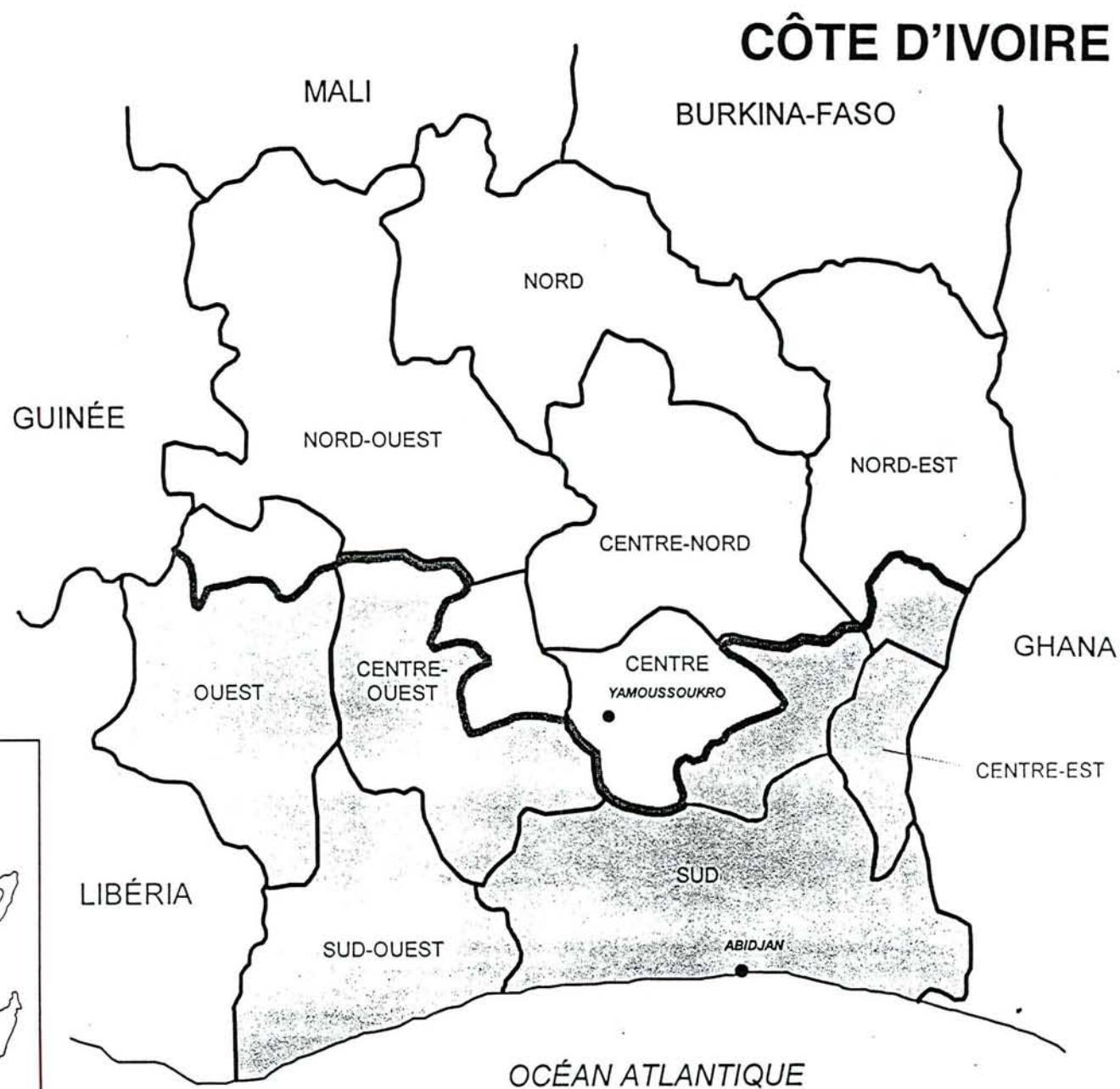
La réflexion présentée ici est menée à partir du cas de l'épidémie de sida en Côte d'Ivoire, cas observé et analysé rétrospectivement sur une période de douze ans de 1987 à 1998.

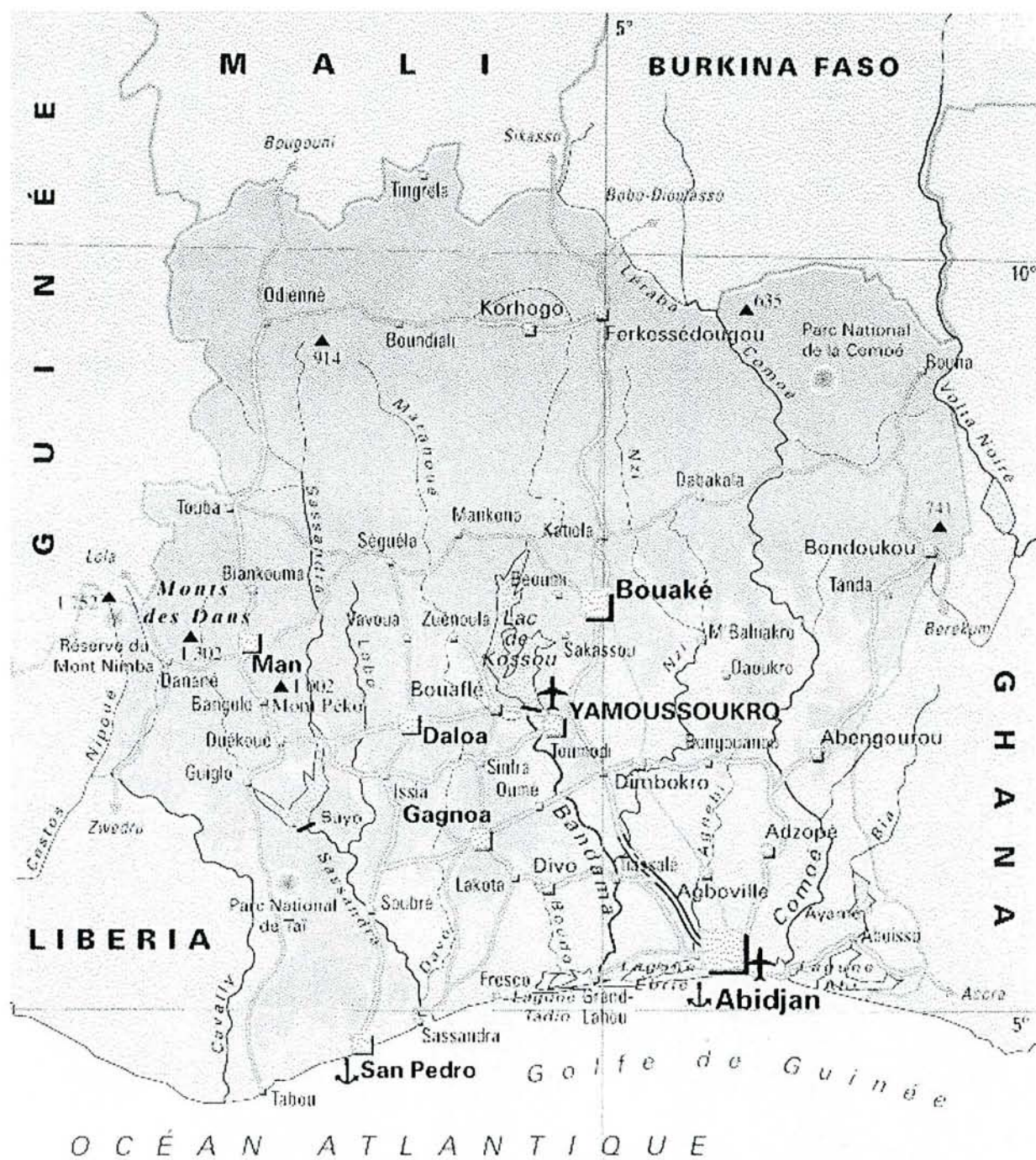
La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest et fait frontière avec le Golfe de Guinée au sud, le Ghana à l'est, le Libéria et la Guinée Conakry à l'ouest, le Mali et le Burkina Faso au nord. C'est un pays de près de 15 millions d'habitants. L'installation des populations actuelles est récente et se caractérise par des vagues successives qui se sont étalées du XII^e au XIX^e siècle, suite à la décadence ou à l'écroulement des empires voisins. Ces différentes migrations mettront en présence au XIX^e siècle environ 70 ethnies sur le territoire national. Ces ethnies peuvent être regroupées en 5 grandes aires ethno-culturelles comprenant les pays voisins: les Mandé, les Krou, Gur, Voltaïque et Akan. Les différents groupes de peuplement, parfois organisés en royaumes, vont opposer une résistance à l'implantation française qui commence officiellement avec la création de la colonie de Côte d'Ivoire en 1893. Ce pays devient territoire d'outre-mer en 1946, puis une république en 1958 et un pays indépendant en 1960.

La Côte d'Ivoire a une économie essentiellement basée sur l'agriculture. Celle-ci occupe environ 60 à 65% de la population active. Plus de 60% de la population réside en zone rurale mais l'urbanisation s'accroît. Abidjan réunit plus de 40% de



-  SAVANE
-  FORÊT





la population urbaine. La population étrangère y est importante puisque plus de 40% de la population de la capitale et près de 30% de la population totale provient des pays voisins, notamment du Mali, du Burkina Faso, du Ghana et du Niger (Institut National de la Statistique, 1994). L'économie de la Côte d'Ivoire est caractérisée par le développement du secteur industriel rendu possible grâce à son ouverture aux capitaux étrangers (agro-alimentaire et textile). L'ensemble des activités économiques est soutenu par d'excellents réseaux de communication (routes, aéroports, ports et télécommunications). Le Produit National Brut par habitant (PNB) est de 650 dollars (Institut National de la Statistique, 1994). Notons qu'après une croissance soutenue entre 1960 et 1980, l'économie ivoirienne est entrée dans une crise prolongée due à la chute des cours mondiaux des matières premières exportées- café et cacao- et au poids de la dette. Le début des années 90 est marqué par une crise économique dont les réponses financières, ajustement structurel et dévaluation du Franc CFA (Communauté Financière d'Afrique) ont certes « *facilité le retour à un équilibre des comptes, mais ne se sont pas traduites par l'amélioration du revenu réel par habitant, du niveau de vie et du pouvoir d'achat des populations* » (Union Européenne et al, 1997).

Le système de santé hérité de la période coloniale française, est, jusqu'à une période récente, une mosaïque de services curatifs de soins hospitalo-universitaires en milieu urbain, et de services préventifs ou bases de santé rurales appartenant au service des Grandes Endémies en milieu rural. L'unité géographique d'organisation du système de santé, devient à partir de 1994, sur les recommandations de l'OMS et de la Banque Mondiale, le district, ou direction départementale de la santé. Les politiques de santé évoluent au gré de l'influence conjoncturelle politique ou financière de telle ou telle institution internationale: les Soins de Santé Primaires

initiés par l'OMS après la Conférence d'Alma-Ata à la fin des années 70 et mis en oeuvre en Côte d'Ivoire au début des années 80; l'Initiative de Bamako proposée par l'UNICEF dans la deuxième partie de la décennie 80 et mise en oeuvre en Côte d'Ivoire au début des années 90; la mise en place par l'Union Européenne dans les années 90 d'un appui budgétaire et la promotion d'une politique du médicament essentiel et à partir de 1994 du médicament générique; la définition par la Banque Mondiale, aux lendemains des conséquences sociales liées à l'ajustement structurel à la fin des années 80, d'une politique de gestion des ressources humaines, d'un paquet minimum d'activités des services de santé de base, et, dans la seconde partie des années 90, de mécanismes de financement des soins et de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques; ou encore l'organisation d'une offre privée de soins à but non lucratif gérée par des associations d'usagers et la redynamisation des services publics périphériques en milieu urbain, proposées par la Coopération française dans les années 90. Désormais les autorités nationales et la communauté internationale s'entendent pour « *intégrer les programmes dans une stratégie de santé primaire, par l'intégration progressive de toutes les activités socio-sanitaires préventives et curatives dans les centres de santé et par une couverture territoriale la plus large possible* » (Institut National de la Statistique, 1994). La Côte d'Ivoire « n'a pas adopté de politique explicite en matière de population » mais développe quelques activités de « santé de la reproduction » incluant la planification familiale.

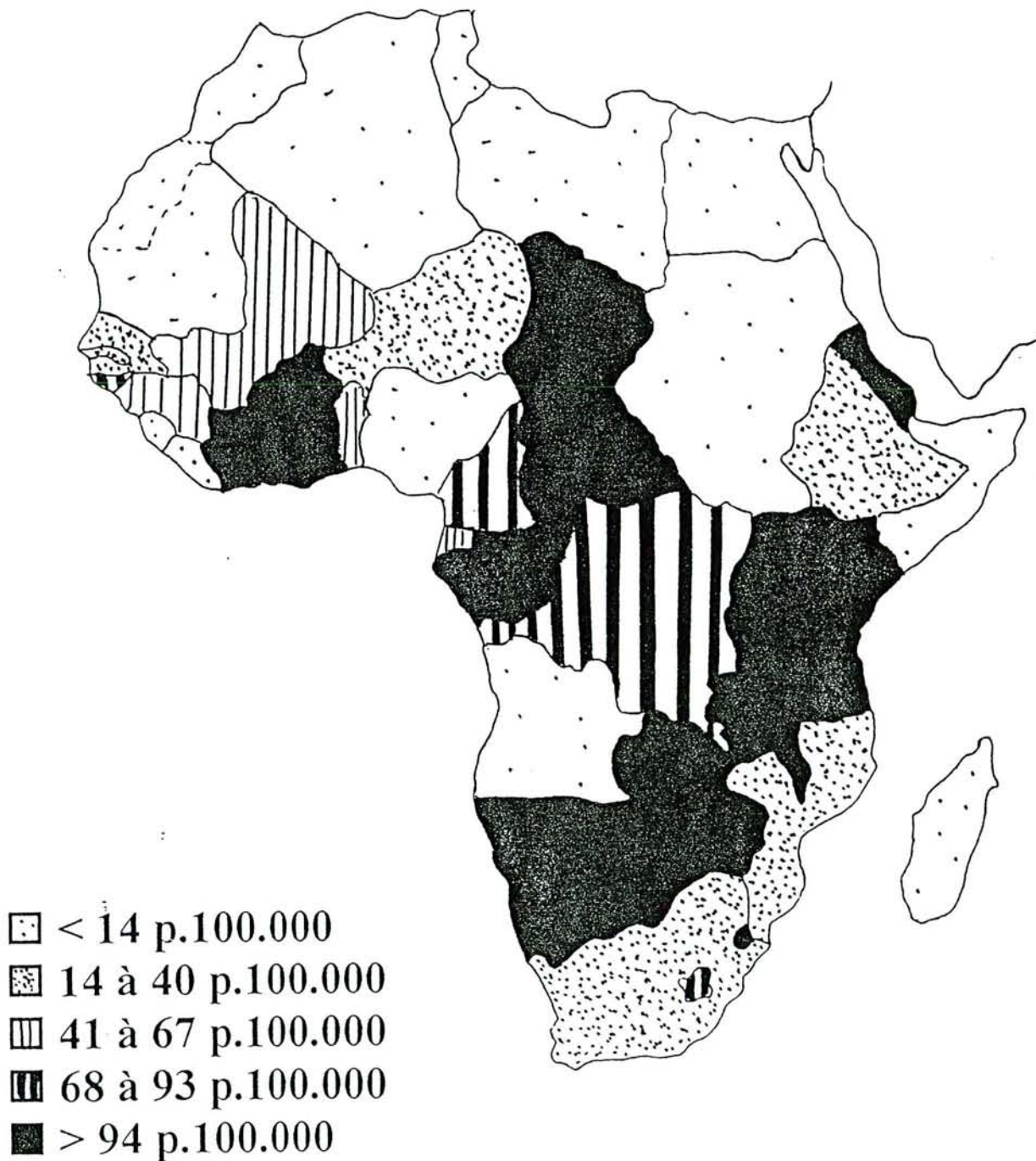
Le pays consacre actuellement 7 à 8% de son budget à ce secteur (hors coopération internationale). Il dispose de 1124 établissements sanitaires dont 80% sont des dispensaires, des centres de santé de base ou des maternités. La répartition de ces structures est inégale, Abidjan concentre 25% du dispositif de l'offre de

soins. Au niveau du personnel médical, on estime qu'il existe environ un médecin pour 17 000 habitants, un infirmier pour 3000 habitants et une sage-femme pour 1700 femmes en âge de procréer (Institut National de la Statistique, 1994).

La pathologie est dominée par les maladies infectieuses, les accidents de la voie publique. La première cause de mortalité de l'adulte jeune en milieu hospitalier est le sida (De Cock et al, 1990)), qui est la deuxième cause de mortalité chez la femme à Abidjan après la mortalité maternelle. Les indicateurs de santé sont proches de ceux observés dans les pays sahéliens voisins malgré un niveau de développement économique et un Produit National Brut bien supérieurs: le taux de mortalité maternelle est de 597 pour 100 000 naissances vivantes en Côte d'Ivoire. La mortalité infantile oscille entre 72°/oo à Abidjan et 100°/oo en zone rurale et la mortalité infanto-juvénile atteint 165°/oo en zone rurale (Institut National de la Statistique, 1994).

L'épidémie de sida qui éclate en Afrique en pleine crise économique et sociale au milieu des années 80, exacerbe les dysfonctionnements des services préventifs et de l'offre de soins en l'absence de mécanismes de protection sociale. L'épidémie s'étend rapidement en Afrique au cours de la décennie pour atteindre sur le continent africain près de 70% des cas mondiaux. En 1997, la séroprévalence moyenne chez les adultes africains est de 7.4%. Le nombre de cas cumulés de sida déclarés par ce continent atteint 617 463 en 1997, alors que le nombre estimé de personnes (adultes et enfants) vivant avec le VIH est de 20 800 000 cas (Etchepare, 1998). Citons également le nombre cumulé de 7,8 millions d'orphelins de mère (ONUSIDA,1997). Les progrès obtenus ces dernières années sur l'espérance de vie et la survie infantile sont menacés voire annulés par le sida dans les pays où il sévit le plus. En Côte d'Ivoire, la mortalité infanto-juvénile aura

NOMBRE DE CAS DE SIDA DECLARES A L'OMS
AU 20 NOVEMBRE 1997, POUR 100.000 HABITANTS



Sources: OMS, REH, 1997, 72, 357-364. M. et C. ETCHEPARE: SIDA en Afrique: analyse par pays, Dakar Enda Editions, 1998, série Etudes et Recherches, n° 196-197-198-199

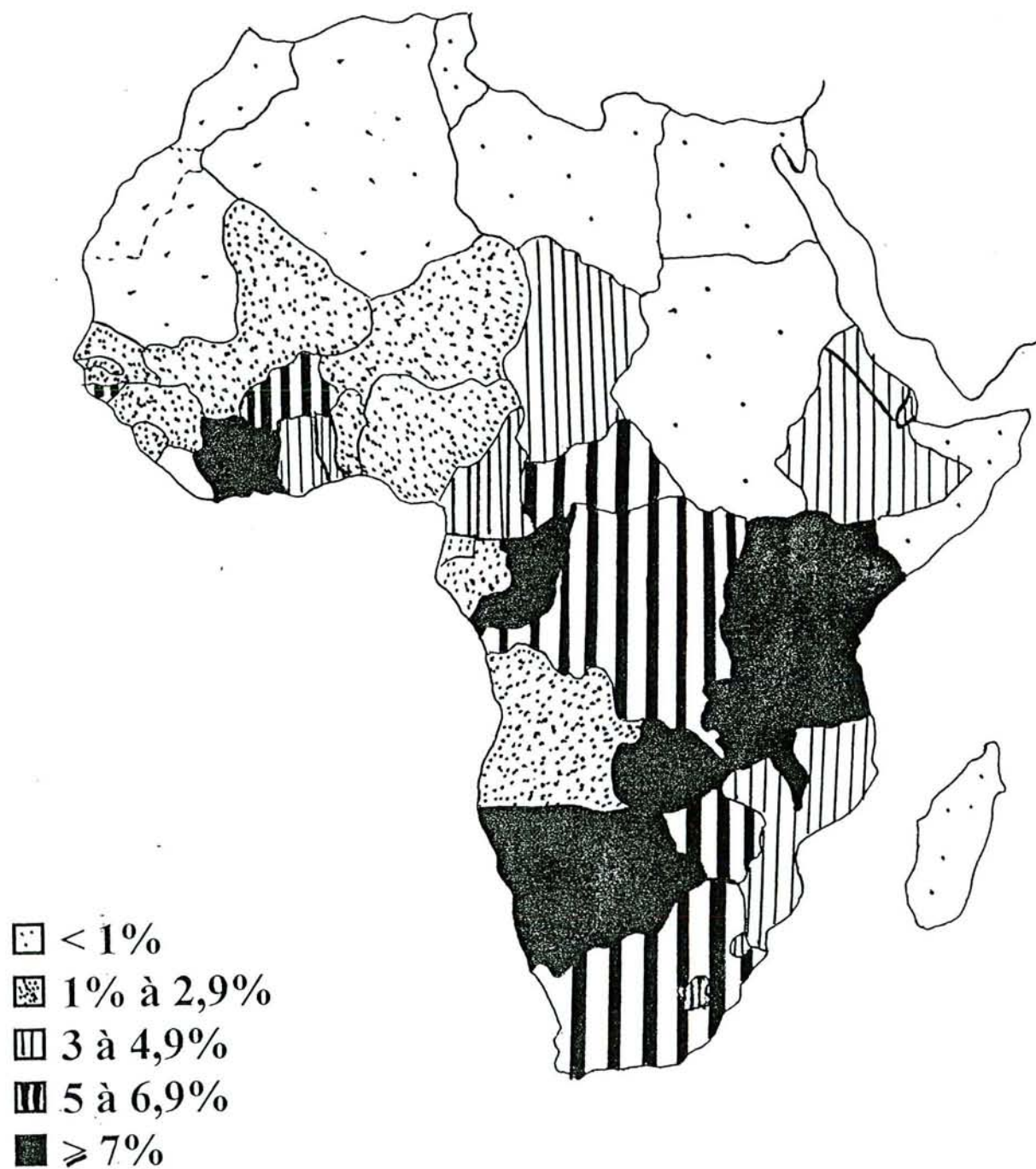
INTERNET: www.crips.asso.fr

augmenté de plus de deux-tiers d'ici à l'an 2010 (ONUSIDA, 1997). Notons que l'épidémie étant concentrée dans les pays en développement, on estime que 9 personnes séropositives sur 10 ignorent leur statut sérologique.

EPIDEMIE DE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE

Les deux premiers cas de sida sont déclarés en Côte d'Ivoire en 1985, à partir de tableaux cliniques voisins de ceux repérés au Rwanda et au Zaïre et confirmés par une sérologie faite à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Une enquête épidémiologique de la population générale révèle un taux de séropositivité de 1% et de 4% chez les femmes enceintes en 1987 (CNLS, 1987). Le Ministère de la Santé de l'époque, à l'instar de nombreux pays d'Afrique, nie en première instance les faits: *"Quoi qu'on en dise, le SIDA reste chez nous un problème marginal, si on le compare à d'autres maladies (tétanos, rougeole, tuberculose), sans parler de la deshydratation consécutive à un accès diarrhéique qui tuent tant de bébés"* déclare le Ministre de la santé en mars 1987 (Fraternité Matin, 1987). La Côte d'Ivoire étant un pays d'accueil pour tous les étrangers, il s'agit aussi de ne dissuader ni les investisseurs étrangers ni les touristes de continuer à manifester un intérêt pour ce pays. Mais les cas de sida se multiplient et une campagne de sensibilisation officielle et télévisée se déroule tout de même en février et mars 1987. En 1989 une enquête sérologique de la population générale sur l'ensemble du pays révèle un taux de séropositivité entre 8 et 10% selon les régions (Soro et al, 1990). Ce sera la dernière enquête de séroprévalence de l'infection à VIH en population. Les deux rétrovirus VIH1 et VIH2 sont présents dans le pays (De Cock et al, 1990)

ESTIMATION DE LA SEROPREVALENCE VIH DANS LA POPULATION TOTALE DU PAYS EN 1997



Source: M. et C. ETCHEPARE: SIDA en Afrique; analyse par pays, Dakar Enda Editions, 1998, série Etudes et Recherches, n° 196-197-198-199 et version actualisée à paraître

INTERNET: www.crips.asso.fr

(Gershy-Damet et al, 1991). Le taux de séropositivité des donneurs de sang est voisin de 10% en 1990 selon le Centre National de Transfusion Sanguine de Côte d'Ivoire (Kerouedan et al, 1994 (b)). Le taux de séropositivité des tuberculeux est voisin de 50% et la tuberculose est la première cause de mortalité des malades du sida en milieu hospitalier (Lucas et al, 1993), données qui situent la tuberculose comme l'infection opportuniste la plus fréquente, ce qui amène une équipe de recherche épidémiologique à proposer une révision de la définition clinique des cas de sida en Afrique (De Cock, 1991(a)), antérieure à celle de l'OMS révisée en 1994 (OMS, 1994). Le taux de prévalence chez les prostituées est de 86 % en 1994 (Djomand et al, 1995). Le sida est déjà la première cause de mortalité de l'adulte jeune en milieu hospitalier (De Cock et al, 1990). La fréquentation des prostituées est le risque souvent et le plus fortement associé à l'infection à VIH des donneurs de sang (Schutz et al, 1993). Il persiste un risque résiduel de contamination par transfusion de donneurs séronégatifs (Savarit et al, 1992). Un peu plus tard, en 1992, le taux de séroprévalence chez les femmes enceintes atteint 12% (Adjorlolo et al, 1994). Il progresse et atteint près de 15% dans la capitale en 1995 (Sylla-Koko et al, 1995). Sur un nombre annuel de grossesses estimé à 400 000, ceci représente 60 000 femmes enceintes. Le taux de transmission à l'enfant est de 28% pour le VIH1, de 19% pour la double infection de la mère VIH1 et 2, et de 1% seulement pour le VIH2 (De Cock et al, 1994). Le taux de séroprévalence des enfants en milieu hospitalier est voisin de 10% (Gayle et al, 1992). Plus récemment, le taux de séroprévalence est estimé à 15% de la population générale en 1997 (Union Européenne et al, 1997) avec un sex-ratio voisin de 1. Le nombre de cas de sida déclarés par la Côte d'Ivoire à l'OMS augmente

progressivement et atteint plus de 38 000 fin 1996 (PNLS/MST/TUB, 1996). Ce chiffre élevé sous-estime pourtant la réalité, par défaut de diagnostic sérologique et défaut de déclaration des cas. Un patient sur cinq tout venant se présentant au dispensaire en ambulatoire dans les formations sanitaires urbaines d'Abidjan est séropositif (Anglaret et al, 1998). Au service de Maladies Infectieuses du CHU de Treichville en 1994, 79% des malades hospitalisés sont séropositifs selon le rapport d'activités du service.

PROBLEMATIQUE

Ce travail est fondé sur un double constat:

- La réponse à l'épidémie de sida en Afrique dans les années 80 est élaborée à l'extérieur par la communauté internationale (CNLS, 1987) (OMS, 1993) (Fassin, 1994) (UNAIDS, 1995 (b)) (Viens, 1996) (Lavollay, 1996 (a)) (Lavollay, 1996 (b)).

- Les résultats observés, tant sur la réduction de la propagation de l'épidémie, que sur la prise en charge des malades, sont peu satisfaisants de plusieurs points de vue (Mann J† et al, 1992) (Mann J†, 1993) (Fassin, 1994) (Vidal et al, 1994) (Gruesnais et al, 1994) (Gruesnais, 1995) (Viens, 1996) (Lavollay, 1996 (b)) (Kerouedan et al, 1998).

De là découlent des hypothèses amenant des questions de fond que nous résumerons ainsi avant de les argumenter: la première hypothèse est d'attribuer l'échec relatif de la stratégie mondiale de GPA/OMS en partie au fait que cette stratégie fut élaborée à l'extérieur du continent africain et communiquée de manière trop standardisée comme modèle de lutte contre l'épidémie: la nature

tutellaire de l'intervention technique étrangère exclusive n'a-t-elle pas déresponsabilisé les autorités sanitaires en les privant de contribuer à la réflexion et aux décisions relatives au choix des stratégies à mettre en oeuvre pour tenter de vaincre cette épidémie? Cela est d'autant plus regrettable que l'organisation internationale n'a pas su, ou n'a pas pu, dépassée par la complexité sous-estimée d'une situation épidémique singulière, jouer son rôle d'appui technique. La deuxième hypothèse est que les institutions internationales, en finançant quasi-exclusivement la prévention du sida aux dépens de la prise en charge des malades (Mann J† et al, 1992) (Dozon et al, 1994) (USAID, 1995(b)), n'ont pas su s'adapter à temps aux évolutions de l'épidémie de la première partie des années 90, telles que l'augmentation de la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes et l'accroissement considérable du nombre des malades, dont les conséquences sociales et familiales sont aujourd'hui redoutables (Dozon et al, 1994) (Banque Mondiale, 1993) (Banque Mondiale, 1994) (Raynaut et al, 1995) (Béchu et al, 1995) (Union Européenne et al, 1997) (Kerouedan, 1998 (b)) et dont les conséquences démographiques sont discutées (Anderson, 1992) (Brouard, 1994).

HYPOTHESES

1- Notre première hypothèse est que la nature extériorisée de la réponse à l'épidémie en Afrique est une des raisons pour lesquelles les objectifs de la stratégie mondiale de vaincre l'épidémie de sida en Afrique n'ont pas pu être atteints. Cette extériorité est à l'origine de la méconnaissance de la complexité de la situation, de l'inadéquation, de l'absence ou du retard de certaines réponses: l'intégration de la lutte contre les MST à la lutte contre le sida n'est que

tardivement réalisée (Viens, 1996) (Lavollay, 1996 (a)); l'accès au dépistage sérologique n'est pas un élément de la stratégie avant 1995 (OMS, 1995 (b)) malgré l'incitation d'autres partenaires internationaux (Kerouedan, 1995) (Lavollay, 1996(b)) (Kerouedan et al, 1998); l'épidémie de sida de la femme qui aurait mérité une attention particulière (Ullin et al, 1992) (Seeley et al, 1994) (Hassoun, 1997) et de la mère et de l'enfant (Union Européenne et al, 1997) n'est considérée qu'en 1998 sur la base des premiers résultats des essais thérapeutiques de prévention de la transmission materno-foetale du VIH en Thaïlande (MMWR, 1998) et des déclarations des laboratoires pharmaceutiques commercialisant la zidovudine (Wall Street Journal, 1998) et malheureusement en dehors d'une politique nationale ou d'une stratégie internationale préalable recommandant ou instituant le dépistage volontaire des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence. *« Il est surprenant qu'un organisme international comme l'OMS, prétendant à une expertise de pointe en santé, ait pu montrer des failles scientifiques ou conceptuelles de la taille de celles qui marquèrent l'évolution des stratégies de lutte contre le sida en Afrique »* (Viens, 1996).

Ce phénomène questionne la notion de « tutelle ». L'OMS, organisation occidentale, est mandatée pour appuyer techniquement la mise en oeuvre de programmes de santé dans les pays en développement. Sa mission est de définir des normes de référence, d'élaborer des documents techniques et des guides de formation destinés aux responsables sanitaires et aux professionnels de santé sur différents programmes. En cela l'Organisation accompagne utilement les gouvernements comme nous pouvons manifestement le constater à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV/Genève) et le Programme de la Santé Familiale, pour ne citer que ces deux exemples.

En matière de lutte contre le sida les choses ont été différentes, sans doute du fait de la complexité de la maladie et de la nature préventive prédominante de l'intervention: il est plus facile en l'absence de vaccin, de développer des normes et des instruments relatifs à la prise en charge des malades qu'à la prévention d'une maladie dont les déterminants de la propagation sont en outre multiples et complexes. Au début de l'épidémie de sida, en l'absence de traitement curatif, l'objectif majeur était de réduire la propagation sexuelle du virus. Ainsi GPA, décrétant sur la base d'aucune étude que « *90% des cas de transmission du VIH en Afrique sont liés à une transmission hétérosexuelle* », a-t-il invité tous les responsables sanitaires africains à prévenir la transmission sexuelle du virus du sida. La limite de ce postulat et de sa réponse vient du fait que les instruments de mise en oeuvre de la stratégie ne sont pas communiqués simultanément et ne le seront jamais: comment s'y prend-on pour accompagner la promotion du préservatif d'un changement de comportement sexuel des populations africaines? Comment utiliser les informations culturelles fournies par les études « CAP » (Connaissances, Attitudes et Pratiques) vis-à-vis de la nouvelle maladie pour choisir des thèmes ou élaborer des messages de prévention, lorsque ces études nous apprennent que le sida est interprété comme une maladie liée à la sorcellerie ou à l'empoisonnement (Caraël, 1995) (Fassin, 1994)? Comment élaborer des indicateurs d'évaluation de l'impact des actions de sensibilisation des populations en l'absence d'études épidémiologiques informant sur l'incidence? Ceci est d'autant plus regrettable que l'absence d'indicateurs épidémiologiques d'impact des stratégies de prévention rend impossible l'évaluation comparative des coûts de stratégies alternatives de prévention sur la base de critères d'efficacité (OMS, 1993(c)). L'évaluation des

coûts n'est alors possible qu'à des fins de budgétisation de différents choix d'intervention.

Autant de questions restées en suspens comme en conviennent discrètement certains membres de l'équipe de Genève (Caraël, 1995). N'accuse-t-on pas, en milieu occidental, un peu rapidement et trop exclusivement les déterminants culturels de la maladie (Caldwell et al, 1992), comme le critiquent justement les anthropologues (Dozon et al, 1989) ? Si la population a longtemps cru à une maladie importée, c'est que ses messages et leurs supports l'étaient aussi et ne la concernaient pas. Si les changements de comportements n'ont pas été obtenus, c'est parce qu'on s'est contenté de « *faire de l'IEC* » (Information, éducation, communication) et non de réfléchir à une stratégie de prévention qui prenne en compte, non seulement les comportements, mais les déterminants de ceux-ci. Enfin, l'équipe du Programme GPA/OMS de Genève étant massivement anglophone et l'épidémie ayant débuté plus rapidement en Afrique de l'Est, la plupart des supports techniques ont été élaborés en anglais et non systématiquement traduits en français, ou très peu et très tardivement diffusés aux pays francophones africains (OMS, 1995(a)) (OMS, 1995(b)).

L'épidémie de sida en Afrique, ne se résume pas, selon les postulats initiaux un peu simples de GPA/OMS à la sexualité débridée des africains. C'est une épidémie de l'ignorance et de la pauvreté. Ici la tutelle n'a pu mesurer à temps la grande complexité de la situation pour lui permettre de jouer son rôle et de mieux maîtriser le fléau.

En outre la notion de tutelle et la façon dont elle a été exercée, ont démobilisé les équipes nationales et les populations, les ont privé de réfléchir et de proposer des stratégies à eux, adaptées aux contraintes socio-économiques, plus que

culturelles ou comportementales en fait. Face à un problème de santé aussi complexe, il est facile de se réfugier derrière une tutelle, qui plus est « étrangère » qui propose de résoudre le problème. Ainsi s'exprime le directeur du Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement de l'Université de Laval, Québec: « *Le GPA attendait des PNLS une soumission totale...* » ce qui a eu pour effet, non seulement d'inhiber les initiatives nationales, mais de contraindre en outre les initiatives complémentaires bilatérales (Viens, 1996).

Que pensent les chefs d'Etat et les ministres de la santé des pays africains qui se succèdent pendant dix ans à propos de l'épidémie et des réponses que leurs pays pourraient apporter? L'idée de tutelle inhibe l'initiative africaine à tous les niveaux et explique en partie, outre les raisons relatives aux interprétations de la maladie liée à la sorcellerie (Fassin, 1994) le maintien du silence politique autour du sida. Combien d'initiatives associatives originales, en particulier de jeunes, furent étouffées et non financées au motif qu'elles ne figuraient pas dans le « Plan » d'action de telle ou telle année? Les documents stratégiques standardisés élaborés à Genève et présentés par GPA comme des modèles, laissent peu de place à une réflexion et une adaptation nationales, garantes sans doute d'une appropriation ultérieure et d'une efficacité d'intervention meilleure. Les petites équipes des Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida et leurs partenaires gouvernementaux ou associatifs, sont mobilisés toute affaire cessante à plusieurs reprises par Genève, parfois pendant un an, pour rédiger et valider un plan d'action qui sera finalement calqué sur le modèle standard, et de toute façon jamais appliqué faute de financement à la hauteur des ambitions.

L'épidémie de sida pouvait-elle produire en réponse une autre forme d'accompagnement technique des pays en développement en faveur d'une méthode

qui ne prive pas de ses responsabilités les autorités sanitaires des pays en développement et qui les associe à toutes les étapes d'élaboration des stratégies, de la conception à la planification et à la mise en oeuvre?

Les faibles résultats observés de la stratégie initialement conçue par GPA-OMS n'ont pas suscité de la part de ses initiateurs une évaluation de celle-ci qui aurait permis de repérer les déterminants d'un échec relatif et d'apprendre de celui-ci, sans parler de l'évaluation des coûts que les interventions mises en oeuvre eussent méritée. *« Les responsables des PNLS nouvellement nommés [...] étaient forcément inexpérimentés dans ce domaine complexe de la lutte contre le sida où se mêlent l'anthropologie, la sociologie, la communication, l'épidémiologie, et j'en passe-(inexpérimentés, ne l'étions-nous pas tous, le GPA inclus?). Ne leur demandait-on pas l'impossible? »*

Il y a bien eu dans certains pays une « revue externe » du Programme (qui n'était qu'en partie externe puisque l'équipe de la « revue » associait aux visites sur le terrain des membres de l'équipe du PNLS). Il n'y a pas eu d'évaluation des stratégies préconisées ou des actions menées: la revue externe constate ce qui se fait et donne peu ou pas, dans le document issu de la revue externe du PNLS de Côte d'Ivoire en 1996, de recommandations relatives à l'approvisionnement et à la disponibilité des réactifs, au dépistage prénatal ou à la situation du sida de la mère et de l'enfant, et à la formation des personnels de santé (OMS, 1996).

Le Programme Mondial Sida de l'OMS a simplement été subitement dissous entre le 31 Décembre 1995 et le 1er Janvier 1996. Une évaluation de la phase précédente aurait permis de nourrir la réflexion et la mission de la structure naissante de l'ONUSIDA, de recentrer les objectifs, les moyens, les méthodes, de diversifier les partenaires, relancer ainsi une dynamique opérationnelle plus efficace

de lutte, et de proposer une nouvelle approche. Malgré des « *signes encourageants* » en matière de prévention du sida (ONUSIDA, 1996(b)) - notons qu'on ne parle pas de « résultats » car il s'agit toujours de décrire des actions de mobilisation en cours plutôt que d'en observer les effets, ou d'en mesurer l'impact - la situation reste pour le moins préoccupante (De Cock et al, 1990) (Mann J† et al, 1992) (Soro et al, 1992) (Sylla-Koko et al, 1995) (UNAIDS, 1996) (ONUSIDA, 1997) (Union Européenne et al, 1997) (Anglaret et al, 1998).

La première partie de notre travail consiste à décrire et analyser les réponses des institutions internationales, leurs évolutions et les déterminants de leurs choix stratégiques sur le continent africain. Ainsi sont présentées les stratégies nationales élaborées sous GPA/OMS intitulées « les années OMS », puis les stratégies des organisations internationales telles que celles des autres agences des Nations Unies, les coopérations bilatérales française et américaine, puis celles de l'Union Européenne et de la Banque Mondiale, acteurs plus récents sur le secteur santé et celui de la lutte contre le sida en Afrique. Les coopérations bilatérales française et américaine seront rapprochées pour montrer en quoi les stratégies choisies par certains Etats occidentaux sont aussi déterminées par des éléments politiques voire idéologiques.

2- Notre deuxième hypothèse est que la communauté internationale, qui partage à partir de 1996 l'ensemble des responsabilités vis-à-vis de la pandémie, ne s'est pas adaptée assez vite aux évolutions de l'épidémie.

Comment expliquer qu'il ait fallu tant d'années à l'OMS pour reconnaître la nécessité d'intégrer les programmes de lutte contre les MST et le Sida (Viens, 1996) alors que de nombreux travaux y incitaient dès la fin des années 70 aux

Etats-Unis et des années 80 en Afrique (Pépin et al, 1989) (Laga et al, 1991) (Mertens et al, 1991) (Wasserheit, 1992) (Over at al, 1993)? La Côte d'Ivoire, dont la lutte contre les MST a été intégrée à la lutte contre le sida en 1992, a de sa propre initiative intégré au PNLS/MST la lutte contre la Tuberculose en 1995, prenant en compte l'intrication épidémiologique de ces deux pathologies (De Cock et al, 1991 (a)) (De Cock et al, 1991 (b)) (De Cock et al, 1992) (Lucas et al, 1993).

Par ailleurs, dans la seconde partie des années 90, la stratégie ne peut se résumer à promouvoir les préservatifs et à « faire de l'IEC » (Information, Education, Communication). Les systèmes de santé sont confrontés à l'accroissement considérable de malades appauvris et à la diversification de l'épidémie qui atteint désormais massivement les femmes et les enfants (Soro et al, 1992) (Djomand et al, 1995) (Union Européenne et al, 1997) avec les questions très spécifiques de la transmission du VIH pendant la grossesse (Groupe de Gand, 1994) et pendant l'allaitement maternel (Van de Perre et al, 1991) (Van de Perre et al, 1993) (Ekpini et al, 1994).

Aussi sont développés dans la seconde partie de ce travail certains aspects très tardivement et partiellement pris en compte par les stratégies nationales ou internationales tels que:

1- la nécessité de former massivement les personnels de santé au dépistage-conseil et à la prise en charge des malades (Fassin, 1994) (Gruesnais et al, 1994(a)) (Gruesnais, 1994(b)) (Gruesnais, 1995) (Blibolo et al, 1995) (Vidal, 1996) (Kerouedan et al, 1998), de faciliter l'accès géographique et économique au dépistage sérologique (OMS, 1995(b)) et d'augmenter l'accessibilité des malades

aux médicaments essentiels pour le traitement symptomatique des infections opportunistes.

2- la question, soumise par les personnes vivant avec le VIH, reprise par les autorités sanitaires nationales en direction des institutions gouvernementales occidentales, des organisations internationales et de l'industrie pharmaceutique à l'occasion de la X^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique à Abidjan en décembre 1997, de l'accessibilité économique des malades africains aux traitements spécifiques « curatifs » antirétroviraux (Esmel et al, 1996) (Kerouedan, 1997) (Coulaud et al, 1997 (a)) (Coulaud et al, 1997 (b)) (Ricard et al, 1997).

3- l'émergence des associations de personnes vivant avec le VIH et la nécessité de situer leur rôle dans le dispositif sanitaire national et international de lutte contre le sida (Williams, 1995) (Berche et al, 1996) (Cornu, 1996) (Kerouedan, 1998 (b)).

4- enfin la prévention et la prise en charge de la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant pendant la grossesse (Groupe International de Gand, 1993) (Groupe de réflexion auprès du PNLIS de Côte d'Ivoire, 1995) soulevant la question du « droit de ne pas savoir » [sa séropositivité] (Temmerman et al, 1995) (Msellati, 1996) ou de savoir au contraire pour prendre en main son destin et pouvoir anticiper les conséquences familiales et juridiques de sa séropositivité (Kerouedan, 1995) (Lavollay, 1997(b)).

En conclusion et à partir de ces questions de fond, suit une discussion générale sur la responsabilité des pouvoirs publics, de l'Etat, de la société civile et de la communauté internationale vis-à-vis de ce problème de santé publique (Dozon et al, 1990) (Rosanvallon, 1990) (Fassin, 1994). De cette discussion, au moment

même où sont décidées et mises en place des évolutions institutionnelles de l'aide publique au développement du gouvernement français, émanent des propositions pour une nouvelle approche de la coopération internationale notamment sur le secteur santé.

METHODE

Les techniques d'observation utilisées pour l'analyse de la situation présentée en première partie et les propositions d'amélioration présentées dans la seconde partie ont été les suivantes:

- La participation active pendant six ans, dans le cadre d'un projet de la Coopération française, à la définition des stratégies, à la mise en oeuvre des activités de lutte contre le sida et à des travaux de recherche en sciences sociales auprès des autorités sanitaires nationales de Côte d'Ivoire, des institutions internationales de référence (OMS puis ONUSIDA) et des autres intervenants bilatéraux (Coopération américaine (USAID), et allemande (GTZ)) et multilatéraux (Union Européenne et Banque Mondiale) oeuvrant sur le secteur santé et contribuant à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

- Des entretiens avec les autorités et les équipes nationales du Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, les représentants en Côte d'Ivoire des institutions internationales ci-dessus mentionnées, et de nombreux échanges avec les personnes vivant avec le VIH/sida, à la fois personnels et institutionnels autour de la création de l'association ivoirienne de personnes vivant avec le VIH « Lumière Action ».

- L'étude documentaire de tous les documents stratégiques et travaux de recherche internationaux et nationaux produits entre 1987 et 1998 à Genève,

Bruxelles, Washington, Paris et Abidjan, volontiers communiqués par les institutions internationales concernées.

- Des études de cas à travers l'accompagnement quotidien de l'association « Lumière Action » et plus précisément de Christine pendant quatre ans, jeune femme dont la séropositivité est révélée par la mort de son nourrisson atteint de sida et dont le désir de grossesse, déterminé par une volonté de reconnaissance familiale, fait naître, en l'absence d'intervention thérapeutique préventive, un autre enfant.



PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE ET INTERNATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE SUR LA PERIODE 1987-1998

Chapitre I:

Analyse critique des Plans successifs de lutte contre le sida du Ministère de la Santé en Côte d'Ivoire sous la tutelle de l'ONU

Chapitre II:

Contributions internationales et bilatérales stratégiques et financières à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire

I- Implication progressive des organisations internationales non onusiennes

II- La France et les Etats-Unis: évolutions des contributions à la lutte contre le sida sur la période 1992-2000

II-1. La Coopération américaine (USAID)

II-2. La Coopération française (CF)

III- Les organisations multilatérales non onusiennes

III-1. L'Union Européenne (UE)

III-2. La Banque Mondiale (BM)

IV- Conclusion

CHAPITRE I : ANALYSE CRITIQUE DES PLANS STRATEGIQUES DE LUTTE CONTRE LE SIDA SOUS LA TUTELLE DE L'ONU

Résumé

Les premiers cas de sida sont diagnostiqués en Côte d'Ivoire, Afrique de l'Ouest, en 1985. Les autorités sanitaires du pays mettent en place en 1987 avec le soutien technique et financier du Programme Mondial Sida de l'OMS (Global Programme on AIDS, GPA), le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). L'institution est localisée au niveau du Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire. Les stratégies de lutte contre le sida, élaborées par le Programme Mondial à Genève, sont diffusées à la Côte d'Ivoire comme aux autres pays d'Afrique. Ces pays élaborent sur cette base des plans stratégiques de lutte contre le sida. Ainsi se succèdent le plan à court terme (PCT) qui prévoit les premiers dispositifs de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire (surveillance épidémiologique, disponibilité de la sérologie VIH pour la sécurité transfusionnelle et le diagnostic dans la capitale, premières actions de prévention); le plan à moyen terme (PMT) qui privilégie la prévention de la transmission sexuelle du VIH; le plan à moyen terme II (PMT II), qui, selon la stratégie mondiale révisée en 1993, prend en compte l'accroissement du nombre des malades et inclut aux objectifs initiaux celui de la limitation de l'impact de l'épidémie. Face à l'échec de ces stratégies successives sur le terrain, si l'on tient compte de l'incidence de l'infection à VIH et du nombre croissant de malades, les autres agences des Nations-Unies s'impliquent progressivement sur divers aspects de l'épidémie en Afrique au début des années 90. Ainsi l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO, et la Banque Mondiale unissent leurs efforts à ceux de l'OMS et constituent l'ONUSIDA en 1996. Nous décrivons ici les évolutions institutionnelles et stratégiques du Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire sous l'impulsion des organisations onusiennes au cours de la décennie 1987-1997. Nous analysons dans un second chapitre l'évolution des contributions stratégiques et financières à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire des autres organisations internationales (Banque Mondiale et Union Européenne) et de deux organisations bilatérales ayant contribué de manière importante à la lutte contre le sida dans ce pays: la Coopération américaine (United States Agency for International Development ou USAID) et la Coopération française (CF).

Ce chapitre se propose de décrire sur la décennie 1987-1998 l'épidémie de sida en Côte d'Ivoire, le contenu des plans stratégiques de lutte contre le sida élaborés par ce pays sous la tutelle onusienne, de l'OMS à l'ONUSIDA. A partir du rappel des objectifs et des réalisations menées en Côte d'Ivoire, nous proposons une analyse critique de ces plans. De cette analyse émanent, dans la seconde partie du document, des orientations pour proposer des stratégies complémentaires à développer en Afrique en matière de prévention, de prise en charge et de recherche. Il s'agit en particulier de la prévention de la transmission nosocomiale du virus et au personnel de santé, du développement de stratégies de dépistage-conseil, de diagnostic et de prise en charge des malades associant les personnes vivant avec le VIH et incluant des mécanismes de financement des soins pour ces malades chroniques sans protection sociale, de stratégies spécifiques de prévention et de prise en charge du sida de la mère et de l'enfant, enfin, de la promotion de la recherche opérationnelle clinique et socio-économique sur le sida en Afrique. Nous rappelons cependant que des mesures sectorielles ne suffiront pas à enrayer la propagation d'une épidémie de la pauvreté et que l'aide internationale doit accompagner le gouvernement à innover dans les secteurs économique et financier.

I- LES DEBUTS DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA

C'est en 1987 que le gouvernement de Côte d'Ivoire, avec l'appui de l'OMS, compte tenu de la progression de l'épidémie et l'accroissement du nombre des malades (404 cas déclarés en 1987), institue le Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire (PNLS-CI) et le Comité National. C'est en effet la mission du Programme Mondial Sida de l'OMS ou "Global Programme on AIDS"

(GPA) nouvellement constitué, de susciter dans tous les pays d'Afrique la mise en place des PNLS africains, dont les structures institutionnelles et les plans stratégiques et de programmation sont élaborés sur le modèle de la stratégie mondiale du Programme Sida de GPA-OMS. Il faut noter que le Bureau Régional OMS-Afrique basé à Brazzaville intervient assez peu dans le domaine du sida et que l'assistance technique est apportée aux pays directement par le siège de Genève.

I-1. LA STRUCTURE DU PNLS SUR LA PERIODE 1987-1988

En Côte d'Ivoire, la structure est placée verticalement directement auprès du Ministre de la Santé, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) étant présidé par le Ministre lui-même. Le PNLS est donc satellisé par rapport au système de santé des années 80, malgré les vestiges du système des Grandes Endémies et la politique des Soins de Santé Primaires promue en même temps par la même organisation. Cette verticalisation de la lutte contre le sida est argumentée par l'organisation comme une incitation des gouvernements à accorder un intérêt majeur à cette épidémie naissante. Le Programme de Lutte contre le Sida s'organise en première instance de manière peu opérationnelle: le CNLS est un organe composé d'une centaine de membres de la communauté scientifique et médicale nationale. Ces personnalités sont consultées trimestriellement sur les orientations, les activités et les financements du Programme. La structure permanente dite Bureau Central de Coordination (BCC) du Programme, est le secrétariat du CNLS et assure l'exécution des décisions stratégiques approuvées au niveau du CNLS. L'équipe permanente est alors composée d'un médecin coordonnateur national du PNLS, d'un administrateur de l'OMS, d'un spécialiste

national de l'Information, Education, Communication (IEC), d'un médecin épidémiologiste chargé de la surveillance épidémiologique, de deux secrétaires et de deux chauffeurs. Des sous-comités consultatifs sont constitués sur les autres aspects de la lutte contre le sida: un sous-comité clinique, un sous-comité pour les MST, un sous-comité laboratoire, un sous-comité de la recherche et de l'éthique, et un sous-comité inter-confessionnel et associatif. Ils sont respectivement chargés par le CNLS de faire des propositions relatives à la prise en charge des malades, à la définition d'algorithmes de traitement des MST, à la stratégie diagnostique biologique de l'infection à VIH, à la promotion de la recherche clinique et virologique ivoirienne sur le sida. La sécurité transfusionnelle est confiée dès la mise en place du PNLS et jusqu'à ce jour, au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) d'Abidjan.

I-2. LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN 1987 et 1988

Lors de la mise en place du PNLS, un Plan à Court Terme (PCT) est élaboré dès juin 1987 avec l'appui de l'OMS. Il reprend les grandes lignes stratégiques du Programme Mondial et il sera mis en oeuvre et financé par celui-ci en 1988 et 1989. On retient comme objectifs principaux: *"établir une base institutionnelle et juridique pour diriger la lutte contre le sida; mettre en place un système de surveillance épidémiologique de l'infection à VIH; prévenir l'infection à VIH en limitant la transmission sexuelle; prévenir l'infection à VIH en limitant la transmission transfusionnelle et sanguine en général; prévoir les conditions de prise en charge des malades et des séropositifs identifiés."* (CNLS, 1987).

I-3. LES ACTIVITES

Les activités menées en pratique sur le terrain se résument exclusivement, malgré l'ensemble des objectifs annoncés, à des actions de prévention de la transmission sexuelle et transfusionnelle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont bénéficient en priorité les populations de la capitale Abidjan: sensibilisation à l'égard de la population générale et des prostituées, marketing social des préservatifs confié par le gouvernement ivoirien à Population Service International (PSI), une ONG américaine financée par la Coopération américaine USAID (United States Agency for International Development), connue pour mener en Afrique avant les débuts de l'épidémie de sida, des activités de promotion des préservatifs dans le cadre des politiques d'espacement des naissances.

Aucune activité n'est menée alors envers les malades qui, en dehors du service spécialisé des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville de la capitale, passent inaperçus par défaut de compétence des personnels de santé et par défaut de réactifs sérologiques de dépistage du VIH.

Aucune activité n'est organisée au cours de la période vis-à-vis de l'hygiène hospitalière et de la transmission nosocomiale du virus, objectifs pourtant *théoriquement* pris en compte dès le début de l'épidémie.

A ce stade, il n'est pas question non plus d'activités orientées spécifiquement vers la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ou le sida pédiatrique.

I-4. LES FINANCEMENTS

Le Programme Mondial de l'OMS finance le budget de réhabilitation, d'équipement, logistique, et de fonctionnement de la structure dès sa mise en place en 1987 et jusqu'en 1995, y compris des indemnités de motivation des personnels du BCC et les salaires des personnels du PNLS non membres de la fonction publique recrutés par l'OMS. En termes d'activités, l'OMS finance à ce stade des actions de sensibilisation de la population générale et la production de quelques supports de communication (affiches et dépliants), ainsi que les premières enquêtes épidémiologiques et socio-comportementales. Le montant global de la contribution OMS est de 75 000 dollars la première année.

II- LES EVOLUTIONS DU PNLS CÔTE D'IVOIRE 1989-1997

II-1. LES EVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES

Sous la pression cependant tardive des institutions de référence, malgré les données nationales et internationales concernant les profils épidémiques de l'infection à VIH et des pathologies associées dont les MST (Pepin et al, 1989) (Over et al, 1989) (Laga et al, 1991) (Plummer, 1991) (Wasserheit, 1992) (Laga, 1993) (Laga et al, 1994) (Grosskurth, 1995), le Ministère de la Santé crée sous l'impulsion de l'OMS à partir de 1992 un programme national de lutte contre les MST intégré au PNLS. Sous la pression des données internationales et nationales (De Cock et al, 1991) (De Cock et al, 1992) discernant la tuberculose comme étant la première infection opportuniste du sida en Afrique, et compte tenu du taux de séropositivité des tuberculeux de près de 50% en Côte d'Ivoire, le Ministère de la Santé associe en

1995, selon une initiative nationale spontanée cette fois, la lutte contre la tuberculose au Programme de Lutte contre le Sida et des MST. La lutte contre la tuberculose s'organisait jusqu'ici en Côte d'Ivoire sous la forme d'un programme national créé il y a environ trente ans. La stratégie se résumait au diagnostic et au traitement précoces des malades tuberculeux. La prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et la nature régulière du suivi des malades tuberculeux, ont incité les centres anti-tuberculeux à constituer des cellules de prise en charge médicale et sociale des personnes tuberculeuses VIH+. Aujourd'hui une grande partie des malades atteints de sida sont pris en charge dans ces structures. Le directeur du programme de lutte antituberculeuse est devenu directeur du programme intégré Sida/MST/Tuberculose en 1995.

Des ressources humaines complémentaires nationales sont affectées aux services des MST en 1992, et de la Tuberculose en 1995, et au service de l'Information Education et Communication du PNLS/MST/TUB. En IEC celles-ci sont réparties selon la qualité de leurs interlocuteurs: presse et médias, ONG, entreprises, associations ou comités, etc. Un autre service, chargé d'étendre les actions de sensibilisation aux secteurs hors santé est créé en 1995 sous l'impulsion de l'ONUSIDA en formation, et s'intitule le service de la Multisectorialité. Par contre ce n'est qu'en 1995 avec plus de 30 000 cas de sida déclarés qu'un service chargé de l'organisation de la prise en charge des malades est effectivement créé au niveau central, et qu'une personne ressource nationale y est affectée à plein temps.

D'autre part on observe une évolution vers la décentralisation des activités de sensibilisation et la mise en place de comités régionaux et départementaux de lutte contre le sida dans l'ensemble du pays. Cependant l'extension des activités à ce niveau est limitée par la faible décentralisation des ressources financières du

Programme et dont bénéficie toujours en priorité la capitale. Les activités se résument en province à quelques actions de sensibilisation de la population lors de la journée mondiale ou de certaines journées d'animations locales.

II-2. LES EVOLUTIONS STRATEGIQUES

Plusieurs Plans se sont succédé depuis 1987, rappelant à chaque fois les stratégies du programme de lutte contre le sida, présentées de manière globale plutôt que par priorités: le Plan à Court Terme PCT 1987-1988 (CNLS, 1987), et le premier Plan à Moyen Terme PMT 1988-1993 se réfèrent à la stratégie mondiale élaborée en 1987 par l'OMS. Le Plan Stratégique (CNLS, 1993) et le deuxième Plan à Moyen Terme ou PMT II sur la période 1993-1998 (CNLS, 1994) se réfèrent à la stratégie mondiale de l'OMS révisée en 1993 (OMS, 1993). En 1993 lors de la révision de la stratégie mondiale du Programme Mondial Sida de l'OMS les objectifs du PMT II se résument ainsi: *« prévenir l'infection à VIH, réduire l'impact socio-économique du sida sur la société, mobiliser et unifier les efforts de lutte aux niveaux national et international »* (OMS, 1993).

A partir de 1996, à la tutelle stratégique de l'OMS se joignent d'autres organisations onusiennes telles que l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO et la Banque Mondiale, formant l'ONUSIDA. Le Plan National 1996-1998 élaboré par la Côte d'Ivoire en collaboration avec la Banque Mondiale et l'ONUSIDA fait référence à une stratégie nationale coordonnée par l'ONUSIDA. Sans détailler le contenu des plans successifs élaborés en Côte d'Ivoire sous la tutelle de OMS jusqu'en 1995, puis avec l'assistance de la Banque Mondiale et de l'ONUSIDA en 1995 et 1996, rappelons les objectifs mentionnés de manière plus ou moins constante selon les Plans: la prévention de transmission sexuelle (IEC et traitement

précoce des MST) et sanguine (incluant de manière plus ou moins explicite la prévention de l'infection en milieu de soins), la prévention de la transmission materno-foetale, l'amélioration de la prise en charge des malades et des séropositifs, et parfois, la promotion de la recherche médicale sur le sida.

II-3. LES REALISATIONS ET LES ACTIVITES

Il ressort, malgré les objectifs annoncés, que les activités effectivement menées au cours de la période 1987-1994 continuent de se référer de manière exclusive à deux objectifs majeurs des Plans PCT, PMT I, Plan Stratégique et PMT II, qui privilégient toujours:

II-3.1. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

La stratégie privilégie sur le terrain les actions de sensibilisation et d'information de la population, ainsi que de promotion du préservatif, plutôt que les interventions liées au diagnostic et au traitement précoces des MST.

Sensibilisation de la population

La stratégie mondiale révisée invite, à partir de 1993, les PNLS africains à étendre la responsabilité des actions de sensibilisation de la population à d'autres acteurs que les professionnels de santé ou de communication. Les acteurs ainsi identifiés restent principalement des institutions publiques centrales: les Ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, de la Défense, de la Communication, sont ainsi mobilisés sous l'égide de la multisectorialité des actions de lutte contre le sida (Kerouedan et al, 1993 (a)). En pratique peu d'actions sont menées par ces ministères faute de financements de leurs plans d'actions annuels. Les ministères n'ont pas dégagé de ligne budgétaire leur permettant de financer ces

actions de lutte contre le sida et ont attendu des financements spécifiques du PNLS/MST/TUB.

Le secteur privé a été mobilisé depuis 1994. Des actions de sensibilisation des cadres et des employés des entreprises privées ont pu être menées (Kerouedan et al, 1993(b)). Certaines entreprises, notamment dans l'intérieur du pays, contribuent à ces actions de sensibilisation en finançant le transport de l'équipe de communication.

Les organisations non gouvernementales nationales ou les associations de lutte contre le sida ont été associées de manière croissante aux activités de sensibilisation de la population depuis 1994. Elles se sont réunies en un Collectif des ONG de lutte contre le sida qui est l'interlocuteur du PNLS pour les ONG. Ce collectif inclut les deux associations de personnes vivant avec le VIH/sida fondées en 1994. Les actions et les publics de ces associations sont divers: théâtre de rue, sensibilisation des étudiants, diffusion de dépliants et affiches, marches, caravanes, formation des enseignants ou des membres des cellules MST/sida en milieu scolaire, animations dans les quartiers, etc. Certaines de ces organisations mènent aussi, à l'issue du diagnostic et du traitement médical des patients, des actions de conseil et de soutien des malades du sida et leurs familles .

Promotion des préservatifs et marketing social

L'OMS, soucieuse de la pérennité des actions initiées, dissuade les pays africains de promouvoir gratuitement le préservatif et confie, avec l'accord du gouvernement de Côte d'Ivoire, la responsabilité de marketing social des préservatifs à une ONG américaine (PSI). Le préservatif est vendu 25 FCFA ou 100 FCFA (1 FF) les 4. Il semble que les chiffres de vente soient plus satisfaisants (8 380 194 unités entre janvier et septembre 1996) que leur taux d'utilisation régulière si l'on en croit les

études socio-anthropologiques (taux passé de 3% en 1989 à 10% en 1993, chez les jeunes de 15 à 25 ans (Dédy, 1990)(Dédy, 1993).

La lutte contre les MST

La stratégie de prévention de la transmission sexuelle du VIH par la mise en oeuvre d'interventions pour améliorer le diagnostic et le traitement des MST est acquise en 1992 date à laquelle les deux programmes sont fusionnés. L'élaboration et la diffusion des algorithmes syndromiques de traitement des MST par la formation des personnels de santé et l'approvisionnement en médicaments spécifiques par la Pharmacie de la Santé Publique s'organisent sur le terrain à partir de 1993 et 1994 selon les régions du pays. Certains médicaments spécifiques pour le traitement de certaines MST, sont disponibles à la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) à partir de 1996 mais leur distribution n'est pas encore assurée sur l'ensemble du territoire (Union Européenne et al, 1997).

II-3.2. LA SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Elle est assurée dans la capitale et trois grandes villes du pays et leurs environs immédiats depuis 1992. La réhabilitation du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) à Abidjan et l'élaboration de la politique transfusionnelle ainsi que la législation afférente, préalables à la sécurité du sang vis-à-vis de l'infection à VIH et d'autres agents infectieux, ont été facilitées par un financement FED d'un montant global de 1.8 millions de dollars. Ce financement a permis aussi d'installer des centres régionaux de transfusion sanguine à Bouaké et Korhogo. La politique de sécurité transfusionnelle vis-à-vis de l'infection à VIH inclut les stratégies suivantes: la collecte de sang à Abidjan; la sélection des donneurs de sang; la fidélisation des donneurs séronégatifs, le dépistage sérologique de l'infection à

VIH, la disponibilité de plasma frais sécurisé, la possibilité de la transfusion autologue, la formation des prescripteurs à la réduction des transfusions et à de meilleures indications cliniques et biologiques de transfusion, notamment en milieu pédiatrique; formation des prescripteurs aux techniques alternatives d'économie de sang (Kerouedan et al,1994); la mise en place de dépôts de sang dans les hôpitaux régionaux et généraux approvisionnés par les trois structures centrales. Selon le CNTS, le taux de séropositivité des dons est passé de 10% en 1992 à 2% actuellement. Une consultation de suivi des donneurs séropositifs est organisée au CNTS. Les donneurs symptomatiques sont référés dans les unités spécialisées de prise en charge des malades du sida.

A partir de ces trois centres urbains, certains hôpitaux régionaux et généraux sont approvisionnés en poches de sang testé pour l'infection à VIH. Ces formations sanitaires sont approvisionnées par la voie des transports en commun et les sociétés de cars. Le taux de couverture de la sécurité transfusionnelle se rapproche ainsi de 100% sur l'ensemble du territoire. Des efforts supplémentaires sont prévus en 1997 et 1998 pour l'amélioration de la distribution actuelle dans les régions et la distribution de poches de sang testé dans les formations sanitaires plus périphériques.

III-NAISSANCE DE L'ONUSIDA

La priorité donnée à la prévention de la transmission par voie sexuelle, malgré la dynamique de l'épidémie et l'accroissement considérable de nombre de malades dans les formations sanitaires (20% de patients ambulatoires sont séropositifs à Abidjan), ne s'explique pas uniquement par le manque de ressources humaines, matérielles ou financières du Programme, qui auraient permis de diversifier et

d'étendre les actions de prévention, de dépistage ou de prise en charge. Cela traduit bien l'expression d'une volonté délibérée de la communauté internationale d'orienter toutes ses interventions en Afrique sur la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle. La stratégie en elle-même est juste. Nous regrettons qu'elle soit devenue *exclusive* aux dépens d'autres actions qui auraient permis de prévenir d'autres cas de transmission, au moins tous les cas évitables, et qui auraient permis de limiter l'impact de l'épidémie si certaines de ces actions avaient été initiées plus tôt. L'exclusivité de cette stratégie de prévention de la transmission sexuelle se fonde sur un postulat arbitraire: l'OMS déclare en effet dès la fin des années 80 que « 90% des cas de sida en Afrique sont des cas liés à une contamination par voie sexuelle ». Cette déclaration ne se fonde sur aucune étude épidémiologique, mais sur une interprétation subjective des pratiques sexuelles dans cette partie du monde à partir de laquelle une estimation est donnée. Cette idée, exagérée en outre, si l'on tient compte des études socio-anthropologiques menées alors (Dédry et al, 1990), va pourtant dicter toutes les stratégies africaines se référant à la stratégie du Programme Mondial pendant presque une décennie: prévenir la transmission sexuelle du VIH par des actions de sensibilisation (les fameuses activités « IEC ») et promouvoir le préservatif, sont les leitmotiv du Programme Mondial repris par les Programmes nationaux africains. On en mesure aujourd'hui les insuffisances: même si les chiffres de vente des préservatifs ont considérablement augmenté en quelques années, (moins de 500 000 préservatifs vendus en 1991 à plus de 10 millions en 1995 en Côte d'Ivoire) (PSI, 1996), le taux d'utilisation systématique du préservatif des jeunes entre 15 et 25 ans, est passé de 3% à 10% entre 1989 (Dédry et al, 1990) et 1993 (Dédry et al, 1993). Notons que ce taux d'utilisation reste très faible compte-tenu de la prévalence de l'infection, estimée entre 10 et

15% en population pendant la même période, et compte tenu du nombre croissant de cas de sida déclarés au cours de la décennie.

Même si la transmission par voie sexuelle est prédominante, nous ne devrions ni oublier ni négliger, à fortiori dans ces pays dont nous observons de très mauvaises conditions d'hygiène, notamment dans les services de soins, tous les autres modes de transmission, ni négliger la mise en oeuvre de stratégies de lutte relatives à prévenir la propagation de l'épidémie à travers ces autres modes de transmission. Cette interprétation sexuelle de l'épidémie africaine est à l'origine de bien des retards à la mise en place de mesures destinées à étendre et à généraliser la sécurité transfusionnelle. Il est vrai que la sécurité transfusionnelle ne peut pas être assumée financièrement par nombre de pays africains bien que l'on ait montré l'excellent rapport coût-efficacité de l'intervention (Bertozzi, 1991). Mais n'en va-t-il pas de la responsabilité de la communauté internationale? Pour éviter que des transfusions continuent de transmettre le VIH dans bien des sites pour la plupart en zones rurales tout de même accessibles, il suffirait d'améliorer la distribution des réactifs rapides de dépistage du VIH, qui bénéficieraient en même temps aux personnes volontaires et aux malades.

La stratégie mondiale choisie explique aussi les retards à prendre des mesures destinées à prévenir l'infection à VIH en milieu de soins: alors que les comportements sexuels collectifs des populations échappent aux pouvoirs publics, même s'il est du devoir de ceux-ci d'informer les citoyens des risques liés à certains comportements, pourquoi ne concentrons-nous pas nos énergies et les financements à prévenir aussi les cas évitables?

Sur le plan institutionnel, l'échec de la stratégie mondiale d'une part, constatée sur le terrain par la propagation rapide de l'épidémie, et l'implication croissante

d'autres agences des Nations-Unies dans le secteur santé d'autre part, se traduit à partir de janvier 1996, par la dépossession de la tutelle technique, scientifique, opérationnelle, et gestionnaire du programme mondial sida de l'OMS, désormais partagée avec quatre autres agences des Nations-Unies, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, l'UNESCO, auxquelles s'associe la Banque Mondiale. C'est la naissance de l'ONUSIDA. L'ONUSIDA est créée en janvier 1996 pour rationaliser et coordonner les efforts onusiens de lutte contre le sida dans le Monde. La restructuration de la lutte contre l'épidémie au niveau des Nations-Unies est motivée par la progression de la pandémie et la nécessité de mieux gérer les fonds. L'Agence en gestation communique un Plan Stratégique dès 1995 qui présente les grandes lignes d'intervention de l'ONUSIDA (UNAIDS, 1995 (b)). L'Afrique bénéficie de cette réorganisation par l'affectation dans certains pays de conseillers des programmes sida et de l'allocation d'une enveloppe budgétaire. Reconnaissant que près de 90 % des cas d'infection à VIH se situent dans les pays en développement (ONUSIDA, 1997) et que la propagation de l'épidémie dans ces pays est liée à la pauvreté, à la discrimination envers les personnes infectées et au statut socio-économique de la femme (ONUSIDA, document non daté), l'ONUSIDA propose une réponse élargie à l'épidémie selon 3 axes figurant dans le Plan Stratégique: réduire la transmission du VIH par l'information et la communication, l'éducation sexuelle, la promotion du préservatif; améliorer l'accès aux soins des malades et réduire l'impact de l'épidémie en intégrant prévention et prise en charge, en suscitant des réformes des services de santé pour améliorer l'accès des populations pauvres et marginalisées. Les personnes vivant avec le VIH/sida étant représentées au Conseil d'Administration de l'ONUSIDA, figure un objectif supplémentaire qui est de limiter la vulnérabilité individuelle et collective

exposant à l'infection à VIH: il s'agit d'actualiser les législations contre la discrimination des patients, de faciliter l'accès à l'éducation et à l'emploi, et à long terme de faire évoluer les mentalités vers l'égalité des sexes (UNAIDS, 1995 (b)).

Le rôle de l'ONUSIDA se définit ainsi selon trois axes :

- le développement de politiques nationales à partir de l'expérience internationale acquise sur différents volets de la lutte contre le sida (déterminants de l'épidémie, législations nationales, considérations éthiques, systèmes de santé, systèmes de communication, actions communautaires). Il s'agit « *de repérer et de promouvoir largement des actions innovantes et reconnues efficaces* » (UNAIDS, 1995 (b), mais il n'est pas précisé lesquelles ni comment.

- l'appui technique au niveau des programmes nationaux. Il s'agit de comprendre ce qui a pu être mené dans le pays depuis la mise en place des programmes nationaux, repérer les priorités et tenter de susciter des actions là où les politiques présentent des lacunes soit dans la définition, soit dans la mise en oeuvre technique.

- le plaidoyer et la coordination des acteurs multisectoriels de la lutte contre le sida au niveau national et international: hommes politiques, bailleurs de fonds, associations et ONG, afin de générer une réponse nationale élargie à l'épidémie dans le respect des droits de la personne humaine.

Pourquoi la communauté internationale, la tutelle GPA puis l'ONUSIDA, après avoir pris note de la vulnérabilité des femmes et de leur exposition particulière au risque d'infection au VIH, sont-elles restées silencieuses sur les aspects de l'épidémie concernant la mère et l'enfant (quelle stratégie spécifique pourtant nécessaire et urgente, a-t-elle été réfléchie ou proposée en concertation avec les autorités sanitaires nationales ?), et sur la faible mobilisation par ailleurs

des personnels de santé vis-à-vis de l'organisation des soins pour le diagnostic et le suivi clinique, thérapeutique et psychologique des malades et les difficultés que soulève leur prise en charge financière?

Les moyens mobilisés par l'ONUSIDA sont principalement humains: une équipe au niveau central basée à Genève, des conseillers dans les pays les plus touchés par l'épidémie, des conseillers interpays pour les pays les moins touchés. Les moyens financiers, compte-tenu de l'ampleur de la tâche sont très limités: 140 millions de dollars à l'échelle mondiale sur deux ans. A titre d'exemples, la Côte d'Ivoire, pays le plus touché d'Afrique de l'Ouest, bénéficie de la part de l'ONUSIDA d'un montant de 200 000 dollars pour deux ans et le Bénin de 100 000 dollars.

Les activités immédiates consistent en l'animation de groupes thématiques sur les différents aspects liés au contrôle de l'épidémie (surveillance épidémiologique, prévention de la transmission sexuelle et contrôle des MST, sécurité transfusionnelle, prise en charge, etc.). Il s'agit pour l'ONUSIDA de faire le point de la situation actuelle et des activités en cours, avec les responsables nationaux et les représentants de la communauté internationale en Côte d'Ivoire, avec pour souci de les coordonner et d'identifier celles qui restent à entreprendre sur chacun des volets.

IV- CONCLUSION

L'intervention de l'ONUSIDA contre l'épidémie de sida dans le monde en cette fin de siècle appelle plusieurs commentaires: le souci fondateur de cette nouvelle institution est interne et structurel, motivé par des restrictions budgétaires: il s'agit en tout premier lieu de coordonner les actions onusiennes de lutte contre le sida

dans le monde et de rationaliser la gestion des fonds. Pour gagner une certaine légitimité et crédibilité auprès des partenaires nationaux africains, alors que les contributions financières à la mise en oeuvre concrète et opérationnelle d'activités de lutte contre le sida au niveau des pays sont très limitées, l'ONUSIDA définit, communique et diffuse un Plan Stratégique, dont l'ambition est de susciter une réponse élargie à la hauteur des conséquences de l'épidémie. Le discours est séduisant mais théorique et peu innovant. L'effort est d'avoir identifié l'impact des déterminants socio-économiques et culturels de l'exposition d'un individu (et notamment d'une femme) à l'infection à VIH, propos inspiré de *La Coalition contre le Sida* (Mann J†, 1993). Mais de nouveau: comment s'y prend-on pour limiter la propagation de l'épidémie? Le contenu stratégique relatif à la réduction du risque de contamination de personnes vulnérables, aux déterminants de cette vulnérabilité et aux actions pouvant agir sur ceux-ci, reste faible. Il est probable alors que l'ONUSIDA, nouvelle tutelle, nouvelle référence, nouvel espoir, ne puisse, dans ces délais, assumer sa vocation. Il ne faut pas attendre un nouvel échec en matière de lutte contre le sida en Afrique. La situation est déjà trop grave (Soro et al, 1992) (Union Européenne et al, 1997). Le temps des tutelles n'est-il pas révolu? Le principe de tutelle, à fortiori d'une tutelle toute neuve, ne risque-t-il pas de démobiliser encore, et de déresponsabiliser les acteurs nationaux de lutte contre l'épidémie en Afrique, trop confiants dans la mission que s'approprie à voie haute la nouvelle instance internationale? Les organisations de l'ONU si elles doivent survivre politiquement, doivent réfléchir à répondre autrement à leurs questions existentielles. La Côte d'Ivoire, soucieuse avant tout de son développement économique, n'est-elle pas désormais en mesure de prendre ses responsabilités et de définir elle-même ses propres stratégies de lutte contre le sida?

La place de l'aide internationale, quelle que soit sa forme institutionnelle, est d'*accompagner* une réflexion et le financement de certaines interventions. Mais la maîtrise d'une épidémie dont les déterminants sont économiques et sociaux, relève en tout premier lieu de ses pouvoirs publics et de ses habitants qui doivent être vivement et massivement engagés. « *Tout ou presque reste à inventer pour aider les africains à prendre eux-mêmes les choses en main.* » (Viens, 1996).

CHAPITRE II : CONTRIBUTIONS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES BILATERALES A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE

Résumé

Ce chapitre a pour objectif de décrire et analyser l'implication progressive des organisations non onusiennes à la définition des politiques de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

Entre 1987 et 1990 ce sont les organisations bilatérales, en particulier l'USAID et la Coopération française qui contribuent, en s'alignant sur les priorités définies par la stratégie mondiale GPA-OMS/Genève, au financement d'activités de prévention de la transmission du virus et de prise en charge des malades. Progressivement ces organisations acquièrent sur le terrain de la lutte contre le sida en Afrique expérience et compétence, mobilisent des fonds plus importants et développent des stratégies spécifiques.

L'Union Européenne et la Banque Mondiale s'associent respectivement à partir de 1991 et 1995.

En 1997, c'est l'ensemble de communauté internationale représentée en Côte d'Ivoire (les organisations bilatérales, l'ONUSIDA et l'Union Européenne) qui contribuent aux côtés du programme ivoirien de lutte contre le sida, tant du point de vue de l'élaboration des stratégies, que du point de vue des financements, à la réduction de la propagation de ce fléau dans ce pays.

Ce chapitre se répartit comme suit:

I- Implication progressive des organisations internationales

II- La France et les Etats-Unis: évolutions des contributions à la lutte

contre le sida sur la période 1992-2000

II-1. La Coopération américaine USAID

II- 2. La Coopération française CF

III- Les organisations multilatérales non onusiennes

III-1. L'Union Européenne

III-2. La Banque Mondiale

IV-Conclusion

I- INTRODUCTION: IMPLICATION PROGRESSIVE DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Comme nous l'avons décrit au chapitre I, les PNLS élaborent des plans d'activités en accord avec les objectifs de la stratégie mondiale et soumettent ces plans aux bailleurs de fonds pour financement des activités ainsi programmées. Initialement, les institutions internationales autres que l'OMS, telles que l'UNICEF ou le PNUD, la Coopération française ou américaine, se réfèrent toujours exclusivement à la stratégie mondiale proposée par tutelle OMS. L'objectif commun en Afrique est de réduire la propagation sanguine et surtout sexuelle du VIH.

Or quelles que soient les stratégies préconisées, l'épidémie continue de se propager. La situation s'aggravant, la communauté internationale est interpellée. Progressivement ces institutions internationales, fidèles à leurs engagements sur le terrain depuis plusieurs années, acquièrent une expérience à partir de laquelle elles fondent auprès des programmes nationaux africains leur légitimité d'intervention, mais aussi de conception de stratégies. Le défi épidémique invite à l'innovation, à la compétence et à la gestion de tous. On assiste ainsi à une émancipation des institutions internationales plus autonomes à l'égard de la tutelle jugée dépassée. Les organisations bilatérales et l'Union Européenne, dont les actions sur le secteur santé s'étendent et se diversifient, et dont les contributions financières dépassent les montants accordés par les agences des Nations Unies, s'écartent progressivement dans la seconde partie des années 90, de la tutelle GPA/OMS. Si, par souci de cohésion avec la communauté internationale, elles ne définissent pas leur propre politique en matière de lutte contre le sida en Afrique, elles décident au moins de leurs choix et identifient leurs priorités d'action avec les programmes africains.

Après avoir analysé très précisément les déterminants des coopérations américaine et française, nous verrons les évolutions récentes de l'Union Européenne et de la Banque Mondiale. Ces dernières institutions, dont la vocation initiale est de nature plus économique ou financière que sanitaire, sans se substituer à la tutelle OMS, révisent leur positionnement respectif vis-à-vis de celle-ci en matière de conception de politiques et de stratégies dans le secteur santé, incluant la lutte contre l'épidémie de sida en Afrique.

Les contributions financières les plus importantes à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, comme l'atteste le tableau ci-dessous, sont celles de l'Agence Internationale pour le Développement du gouvernement américain (USAID), de l'Agence de Coopération Allemande (GTZ), du Ministère de la Coopération Française (CF), de l'Union Européenne (UE) et à partir de 1996 de la Banque Mondiale (BM). Des réunions de mobilisation de ressources réunissent à l'occasion du lancement des plans d'activités, le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, le Programme National de Lutte contre le Sida et les bailleurs de fonds internationaux multilatéraux et bilatéraux. Au cours de ces réunions la communauté internationale est invitée, sur la base des documents de programmation, à annoncer ses intentions incluant les montants de sa contribution et les domaines d'activités qu'elle a l'intention de financer en priorité. (Il n'est pas possible de préciser le montant annuel des financements car ceux-ci s'alignent sur la durée du Plan triennal en cours).

Ainsi, le PNLS est financé entre 1987 et 1993 exclusivement par la communauté internationale. L'OMS finance à hauteur de 200 000 dollars par an entre 1988 et 1992 le budget de fonctionnement, quelques activités de surveillance épidémiologique et de sensibilisation des populations. Sa contribution diminue par

la suite et s'élève à 95 000 dollars en 1994. L'ONUSIDA alloue au PNLS ivoirien une somme de 200 000 dollars sur 2 ans à partir de 1996.

Ce n'est qu'à partir de 1993 que le gouvernement ivoirien inscrit au budget du Ministère de la Santé une ligne fléchée vers le programme de lutte contre le sida. Le montant en est de 60 millions de FCFA pour l'année 1993, soit 600 000 FF. Il s'élève à 160 millions de FCFA en 1994, soit 1.6 M FF, à 450 000 000 FCFA en 1995 ou 4.5 M FF, et 650 000 000 FCFA en 1996. Cependant, la disponibilité de la trésorerie n'est pas toujours fidèle aux annonces: le versement a été effectué tardivement pour l'allocation 1995 (1/4 en 1996 et 3/4 en 1997). Ces sommes sont allouées au budget de fonctionnement et aux structures décentralisées de la lutte contre le sida dans les dix régions de Côte d'Ivoire. Notons tout de même que le gouvernement ivoirien est un des seuls pays de la sous région qui contribue financièrement à son programme de lutte contre le sida, la plupart des programmes voisins étant financés exclusivement par l'aide internationale.

Les financements se répartissent comme suit sur la période 1993-1995:

Tableau 1. Financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire sur la période 1993-1995. (Source: Comité National de Lutte contre le Sida, 1994).

Institution	Domaine d'intervention	Montant 93-95 \$
PNLS/MST	Sensibilisation	1 340 000 \$
	Fonctionnement PNLs	
OMS	Fonctionnement PNLs	500 000 \$
	IEC et Surveillance épidémiologique	
GTZ	Lutte intégrée régionale à Daloa	928 000 \$
USAID	Dépistage anonyme et gratuit	2 000 000 \$
	prévention/médias	
	Marketing Préservatifs	
CDC Atlanta	Recherche épidémiologique	2 205 000 \$
UE	Sécurité transfusionnelle	2 200 000 \$
CF	Appui définition politiques de lutte	6 000 000 \$
	IEC, sécurité transfusionnelle	
	Accès au diagnostic et prise en charge des malades	
	Recherche clinique et virologique	

L'apport des principaux bailleurs de fonds à la lutte contre l'épidémie à VIH/sida représente 13 833 000 US \$ sur la période 1993-1995, soit 4.6 millions de dollars par an (Union Européenne et al, 1997) et représentent 89% des dépenses totales (Union Européenne et al, 1997).

A partir de 1996, les intervenants internationaux se diversifient. Aux agences bilatérales française, américaine et allemande, se joignent la Belgique et le Canada dont les actions sont centrées sur le diagnostic et le traitement précoces des MST.

Les Nations Unies augmentent leurs contributions respectives en direction de la mobilisation sociale des jeunes et de la réalisation par les organisations non gouvernementales nationales de micro-projets générateurs de revenus au bénéfice des personnes atteintes et de leurs familles.

La distribution des financements sur la période 1996-1998 devient la suivante (montants annoncés):

Tableau 2. Financements du Programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose sur la période 1996-1998
(source: *Country Profiles, ONUSIDA/PNLS Côte d'Ivoire, janvier 1997*)

INSTITUTION	DOMAINE D'INTERVENTION	MONTANT
		\$ 1996-1998
ORGANISATIONS ONUSIENNES		
ONUSIDA	Surveillance épidémiologique Mobilisation du secteur privé Personnels locaux	200 000
OMS	Surveillance épidémiologique Assistance technique IEC Approvisionnement en médicaments	135 000
UNICEF	Mobilisation sociale des jeunes	800 000
UNESCO	Prévention en milieu scolaire	815 000
PNUD	Micro-projets contre la pauvreté	800 000
FNUAP	IEC, Prévention en milieu féminin	1 200 000
BANQUE MONDIALE		
BM	Prévention IEC Médicaments MST Intégration Sida/planning familial	3 000 000
UNION EUROPEENNE		
UE	Sécurité transfusionnelle Appui budgétaire Médicaments essentiels et génériques	1 300 000
ORGANISATIONS BILATERALES		
Belgique	Prévention Diagnostic et traitement des MST	500 000
Canada	Prévention Diagnostic et traitement des MST	1 800 000
GTZ (Allemagne)	Diagnostic et prévention VIH Diagnostic et traitement des MST	750 000
Coopération française CF	Prévention, appui aux associations Diagnostic et prise en charge Recherche virologique et clinique	3 200 000
Coopération américaine USAID	Prévention/médias/routiers Dépistage volontaire et Conseil Marketing des préservatifs	2 000 000

La contribution des bailleurs de fonds s'élève à plus de 9 millions de dollars pour l'année 1996, soit une augmentation d'un facteur 2,1 entre 1995 et 1996.

Les organisations bilatérales représentent 63,2 % des financements extérieurs dont 46.2% sont alloués par la Coopération française.

La contribution des organisations onusiennes est de 15% du total en 1996 (Union Européenne et al, 1997), l'Union Européenne 13% et la Banque Mondiale 8% du total des financements extérieurs.

Les activités de lutte contre le sida les MST et la tuberculose représentent 12% du financement du Plan de Développement Sanitaire de Côte d'Ivoire sur la période 1996-1998.

Tableau : Plan National de Développement Sanitaire (1996-2005).

RÉPARTITION ANNUELLE DES COÛTS PAR PROGRAMME						
Programmes	Coût de base 1997-99			Ventilation par année		
	FCFA x 1000	%	%	1997	1998	1999
Developpement infrastructures (entretien, construction, réhabilitation, etc.)	45.600.000	40	41	12.184.400	17.462.300	15.953.300
Promotion de la mutualisation du risque maladie	609.459	0,5		219.750	78.280	311.429
Renforcement de l'IEC pour la Santé	886.026	0,8		508.024	189.001	189.001
Opérationnalisation du PMA dans les Districts sanitaires	6.447.762	5,5	51	957.992	2.106.449	3.383.321
Renforcement du Programme Élargi de Vaccination (PEV)	7.811.057	7		4.153.524	1.689.822	1.967.711
Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose	13.636.588	12		6.796.696	3.356.696	3.483.196
Lutte contre le Paludisme	590.249	0,5		97.539	252.478	240.232
Lutte contre les autres grandes endémies (dracunculose, onchocercose, etc.)	4.991.019	4,5		2.094.030	1.568.316	1.328.673
Santé de la reproduction / Planification Familiale	17.574.280	15,5		6.893.329	5.362.102	5.318.849
Lutte contre la malnutrition	4.606.443	4		1.458.515	1.491.288	1.656.640
Amélioration de la disponibilité et accessibilité aux médicaments essentiels	657.300	0,6		209.400	244.150	203.750
Promotion de la santé mentale	572.000	0,5		474.000	39.000	59.000
Santé bucco-dentaire	785.150	0,7		88.600	688.810	7.740
Eau et assainissement	194.342	0,2		123.366	48.132	22.844
Collaboration avec la médecine traditionnelle	213.188	0,2		102.378	105.405	5.405
Renforcement de la capacité institutionnelle	2.919.413	2,5	5,5	1.157.057	883.353	879.003
Déconcentration	1.081.428	1		594.912	243.258	243.258
Renforcement du système d'informations	2.355.495	2		1.214.123	673.554	467.818
Mise en place d'une gestion économique	177.084	0,2		67.028	65.028	45.028
Developpement du secteur privé	158.066	0,2	1,5	104.000	27.033	27.033
Collaboration avec les communes	157.250	0,2		88.000	47.250	22.000
Développement du partenariat avec les secteur associatif	1.309.955	1		441.100	524.065	344.790
Révision des curricula : formation continue et professionnelles initiales	381.450	0,3	0,7	206.450	135.250	39.750
Maîtrise des effectifs	190.000	0,2		90.000	50.000	50.000
Promotion des personnels	190.000	0,2		85.000	50.000	55.000
Promotion de la recherche en sciences sociales/ de la santé/de la gestion	450.000	0,3	0,3	180.000	160.000	110.000
Coût total de base du PNDS	114.545.005	100%	100%	40.589.213	37.541.020	36.414.771
Imprévus physiques (10%) et Imprévus sur prix (5%)	17.181.750	-	-	6.088.382	5.631.153	5.462.216
Coût total du PNDS	131.726.755	-	-	46.677.595	43.172.173	41.876.987

II- LA FRANCE ET LES ETATS-UNIS: EVOLUTIONS DES CONTRIBUTIONS A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE SUR LA PERIODE 1992-2000

Résumé

La France et les Etats-Unis à travers leurs organismes de coopération respectifs, le Ministère délégué de la Coopération ou Coopération française (CF) et l'United States Agency for International Development (USAID), contribuent dès sa mise en place en 1987, au financement du Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire (PNLS-CI). Alors que ces deux organismes représentent la part la plus importante des contributions bilatérales en faveur du PNLS de Côte d'Ivoire sur la période 1992-1997, il est intéressant d'analyser les déterminants du choix des priorités d'action, et de leurs modalités de coopération. Bien que s'alignant sur la stratégie mondiale du Programme Sida de l'OMS (Global Programme on AIDS) entre 1987 et 1995, celles-ci sont différentes. Le Ministère délégué de la Coopération, organisme gouvernemental par nature, privilégie dans le pays receveur des interlocuteurs étatiques, administratifs et publics. USAID, agence gouvernementale indépendante d'un ministère, travaille plus directement avec le secteur privé, tant du côté de ses partenaires américains que de ses partenaires africains. La France contribue au niveau national à l'élaboration de stratégies de lutte contre le sida et au financement d'actions, tant dans le domaine de la prévention de la transmission sexuelle et sanguine, que de la recherche médicale, que de la prise en charge médicale, psychologique et sociale, des personnes séropositives et des malades atteints de sida. Les Etats-Unis, où le Congrès veille au caractère «coût-efficace» de toute intervention, interviennent de manière exclusive vis-à-vis de la prévention de la transmission sexuelle par des actions de sensibilisation à travers les médias, ou de marketing social des préservatifs, ou en mettant en place à Abidjan le premier centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit d'Afrique de l'Ouest. Nous nous intéressons ici plus particulièrement aux évolutions des contributions bilatérales française et américaine à l'amélioration de la santé et à la lutte contre le sida dans ce pays francophone d'Afrique de l'Ouest.

Nous décrivons tout d'abord les modalités de fonctionnement de ces deux organisations bilatérales de coopération internationale et les modalités de mise en oeuvre de projets de santé, en faisant référence à leurs fondements respectifs. L'une se fonde sur l'idéologie libérale (Etats-Unis) où l'opérateur américain et africain choisis sont presque toujours privés, l'autre sur une longue histoire administrative et coloniale (France) où l'opérateur français et africain sont le plus souvent publics. Nous analyserons ensuite les déterminants des choix des priorités d'action de santé ou de lutte contre le sida pour chacun des organismes. Les gouvernements fondent-ils leur politique sectorielle santé/sida sur une idéologie ou des principes qui dictent les grandes lignes de l'ensemble de leur coopération avec l'Afrique? Alors que le pays choisi pour illustrer nos propos est francophone, assiste-t-on à des luttes d'influence entre les coopérations gouvernementales sur ce terrain, ou au contraire à une complémentarité des interventions et à une coordination et une synergie de leurs actions selon les avantages comparatifs qu'offre chacune d'elle? Quels sont les critères d'appréciation des autorités sanitaires et des populations bénéficiaires de l'aide publique au développement dans le secteur santé apportée par ces deux organisations?

II-1. LA COOPERATION AMERICAINE OU USAID

II-1. 1. LA STRUCTURE ET LES PRINCIPES

L'instrument de la Coopération gouvernementale américaine est une structure distincte des structures politiques. C'est une agence gouvernementale indépendante, l'agence USAID, United States Agency for International Development, ou Agence Internationale des Etats-Unis pour le Développement, qui gère des fonds publics alloués par le gouvernement américain. Le siège de l'Agence est à Washington, DC. C'est le Congrès américain qui fixe les orientations prioritaires de l'USAID et le montant de l'enveloppe budgétaire gouvernementale dont bénéficie l'agence. Le document de présentation des stratégies de développement de USAID, *The USAID Strategies for Sustainable Development*, cite quatre thèmes de développement qui se potentialisent mutuellement: croissance économique, population et santé, environnement et démocratie. Ces axes constituent le fondement de toutes les interventions de coopération de l'agence USAID dans les pays du Sud. Le contrôle de la croissance de la population mondiale est une priorité transversale de l'Agence de développement. *"USAID will contribute to a cooperative global effort to stabilize world population growth and support women's reproductive rights... Over this decade, USAID also will contribute to a global health goal of halving current maternal mortality rates, reducing child mortality rates by one third, and decreasing the rate of new HIV infections by 15 percent. "* (USAID, 1994(b)).

La définition des priorités d'intervention de USAID dans le secteur santé répond, comme souvent les choix de politique interne, à la pression du lobby des organisations non gouvernementales américaines oeuvrant dans le secteur santé

(ONG). Ainsi la santé de la reproduction et la planification familiale, la santé maternelle, la survie de l'enfant et la lutte contre le sida sont des thèmes retenus par le Congrès américain dans le cadre de sa politique de santé au bénéfice des pays du Sud. USAID est mandatée par le Congrès pour mener des actions selon ces axes prioritaires. De plus l'organisation fonde ses activités sur deux grands principes:

- 1- l'intégration régionale de ses activités: exemple du Plan Sahélien Régional et des programmes santé de la région ouest et centrafricaine (West and Central Africa ou WCA).
- 2- la réduction de l'intervention du secteur public et la redéfinition de son rôle vis-à-vis de l'amélioration de la santé des populations. Cette agence applique ce dernier principe, qui relève de l'idéologie libérale, à ses propres modalités de fonctionnement. En tant qu'agence gouvernementale, l'institution intervient très peu comme opérateur d'exécution des projets de développement ou des projets de santé. Le secteur étatique est initiateur, fixe les normes, suit la performance et la qualité des actions et mobilise des fonds. Lors de la mise en oeuvre d'un programme régional sur un des continents et pour identifier ses opérateurs, l'Agence lance des appels à projets en direction des institutions privées américaines. Ces institutions privées peuvent être des organisations non gouvernementales, des universités ou des structures du secteur privé commercial. Ces partenaires du secteur privé américain, informés par écrit des grandes orientations et des grands principes d'un programme de santé à concevoir dans telle région du monde (USAID, 1994(b)), et mis en concurrence, font des propositions et élaborent des dossiers techniques renvoyés à l'Agence. Chaque grand projet régional comporte toujours plusieurs composantes. Un opérateur ne peut présenter un

document de projet que sur une seule des composantes. Ceci permet, en multipliant et en diversifiant les opérateurs, d'éviter que se constituent des monopoles. Celui qui remporte l'appel à projets sur la composante de son choix, reçoit le financement qui lui permet de mettre en oeuvre le projet. Il devient l'opérateur sur le terrain. Une structure publique américaine n'est sollicitée sur une composante de projet que s'il n'y a pas d'équivalent de compétence professionnelle pour une telle intervention dans le secteur privé américain. Si tel est le cas, la loi américaine oblige alors l'Agence USAID à argumenter ce choix d'un opérateur public. L'Agence est représentée sur une base régionale en plusieurs endroits de la planète. En Afrique de l'Ouest, le bureau régional est localisé à Abidjan REDSO/USAID. Ce bureau qui dispose d'un financement de Washington, a la possibilité de compléter les prestations nécessaires sur le terrain en achetant des services spécialisés au niveau central. Ainsi l'Agence publie annuellement un guide destiné à ses bureaux répartis dans le monde, dans lequel figurent toutes les prestations disponibles "à l'achat" et les opérateurs spécialisés à approcher. C'est une sorte de supermarché des services techniques de développement ou de mise en oeuvre de projet de santé dans tous les domaines (USAID, 1994 (a)). Ainsi, pour des actions plus spécifiques contre le sida par exemple, et qui ne figureraient pas dans le projet initial, le bureau régional peut "acheter" des services au bureau spécialisé AIDSCAP, organisation non gouvernementale financée par USAID et localisée à Washington.

II.1.2. USAID CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE

La stratégie de lutte contre le sida de USAID en Afrique relève du seul objectif de prévenir la transmission sexuelle du VIH. Les actions prioritaires qui en découlent sont d'informer la population, de rendre le dépistage volontaire sérologique et le préservatif accessibles, de prévenir et traiter les MST. Cette stratégie s'aligne sur la politique de santé de l'Agence dans les pays en développement, très orientée vers la maîtrise de la fécondité et la santé maternelle et infantile. Ainsi la lutte contre le sida s'inscrit dans le cadre plus global des stratégies liées à la santé reproductive. L'agence contribue à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire dès la mise en place par le Ministère de la Santé du Programme National de Lutte contre le Sida. Sa contribution s'observe selon deux phases, la première bilatérale, la seconde régionale.

II-1.2.1- Les années 1993-1995, l'aide bilatérale américaine

Sur cette période USAID lance au bénéfice de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest un programme de Santé de la Reproduction. La Côte d'Ivoire bénéficie de 30 millions de dollars pour des activités de prévention du sida et de planning familial.

Les actions de prévention du sida se répartissent comme suit:

Tableau 3 : La phase bilatérale d'appui de USAID à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire sur la période 1993-1995. (source: CNLS, 1994).

Activité	Budget
Marketing social des préservatif	1 000 000 \$
Dépistage volontaire	1 000 000 \$
Information éducation communication	500 000 \$
Total	2 500 000 \$

II-1.2.1.1. Le marketing social des préservatifs.

L'organisation non gouvernementale américaine Population Service International (PSI), organise en accord avec le gouvernement de Côte d'Ivoire l'accessibilité géographique et financière du préservatif vendu 100 FCFA (1 FF) les 4 et distribués largement en dehors des officines privées. En 1995, 12 millions de préservatifs sont vendus. Le montant des contributions à ce volet sur la période, s'élève à 1 000 000 de dollars.

II-1.2.1.2. L'accès au dépistage volontaire anonyme et gratuit

USAID finance à hauteur de 1 million de dollars sur 3 ans, sur la même période 1993-1995 une organisation non gouvernementale locale, ESPOIR-Côte d'Ivoire, pour ouvrir à Abidjan le premier centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit d'Afrique de l'Ouest. Le centre assure le pretest, le prélèvement et la sérologie, l'annonce du résultat et l'information et le conseil des personnes séronégatives ou

séropositives. Le projet ne prend pas en charge les personnes symptomatiques, même à un stade précoce de la maladie puisque les financements ne peuvent être accordés qu'à des actions de prévention. Les personnes symptomatiques sont référées dans le système public de soins.

II-1.2.1.3. Des actions de sensibilisation de la population à travers les médias.

L'opérateur africain choisi sur ce volet par USAID est gouvernemental. C'est le PNLS qui est le bénéficiaire. Des spots sont ainsi élaborés pour diffusion à la télévision et à la radio nationales. Les financements sur cette composante s'élèvent à environ 500 000 dollars.

En septembre 1994 USAID suspend brutalement sous contrat la coopération bilatérale avec 16 pays d'Afrique pour la plupart francophones. Les projets en cours en Côte d'Ivoire n'ont pu être menés à terme que par la contribution des autres coopérations internationales et de celle du gouvernement ivoirien. Le Centre de dépistage volontaire a poursuivi ses activités grâce à une subvention du Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire. Le projet de marketing des préservatifs a pu être poursuivi par des financements américains indirects. Les actions menées à travers le PNLS ont par contre été suspendues.

II-1.2.2. L'appui régional 1996-2000

Alors que la coopération bilatérale américaine est toujours suspendue avec la Côte d'Ivoire, une collaboration dans le secteur santé reprend en 1996 sur un mode régional avec 4 pays d'Afrique francophone: la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Cameroun et le Togo. C'est dans le cadre de ce projet santé que s'inscrit la contribution de USAID à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Le projet régional

Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS) s'élève à 40 millions de dollars sur cinq ans 1996-2000 pour les 4 pays. Les objectifs de ce projet se réfèrent aux grandes lignes stratégiques de l'Agence:

1- accroître l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale parmi les femmes en âge de procréer pour diminuer la croissance démographique.

2- accroître l'adoption de pratiques sexuelles saines (dont l'usage des préservatifs) parmi les populations à risques de sida et de MST, en mobilisant le secteur privé.

Quatre secteurs clés d'intervention sont choisis, qui forment les quatre composantes du projet régional lancé en 1994 par USAID. Chaque composante est au service en quelque sorte des deux objectifs majeurs du projet. Des organismes privés américains ont répondu à l'appel d'offre des projets de USAID sur chacune des composantes:

II-1.2.2.1. La prestation de services

Il s'agit d'intégrer les programmes de planification familiale et de prévention des MST/sida au niveau des formations sanitaires. Pour faciliter cela, le projet contribue à l'amélioration des services en fournissant les formations sanitaires en contraceptifs et en favorisant le marketing social des préservatifs et leur distribution communautaire. C'est le JSI Research and Training Institute qui a remporté l'appel à projets sur cette composante.

II-1.2.2.2. La formation

Les interventions sont axées sur l'élaboration de programmes de formation au niveau des écoles de santé mais aussi de formation continue des personnels de

santé, pour améliorer les compétences des institutions et des personnels en matière de prestations de services, de gestion de programmes, de logistique et d'information sanitaire. C'est la JHPIEGO qui fut gagnante pour ce volet de formation.

II-1.2.2.3. L'Information, Education et Communication.

En s'appuyant sur les programmes nationaux IEC ce projet a pour objectif de susciter la demande en contraceptifs et d'augmenter l'utilisation des préservatifs. La communication inclue la production de supports imprimés, d'émissions télévisées, de campagnes de publicité, de mobilisation communautaire. C'est l'Université de Johns Hopkins qui a remporté l'appel d'offre sur cette composante.

II-1.2.2.4. La recherche opérationnelle

L'objectif de cette composante est d'obtenir de meilleures informations sur les utilisateurs de contraceptifs et de préservatifs pour améliorer la demande de ces prestations dans la région. C'est l'Université de Tulane qui a remporté cette composante.

La répartition des financements sur ce projet d'appui régional au secteur de la santé est reportée ci-dessous. Sur cette période, les activités de lutte contre le sida financées par USAID en Côte d'Ivoire continuent de se référer à la seule stratégie de prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Tableau 4. Répartition des projets santé /sida de USAID sur la période 1996-2000 pour 4 pays d'Afrique de l'Ouest. (source: USAID, 1994(b)).

Volets	1995	1996	1997	1998	1999	Total
<i>en millions de dollars</i>						
2.1.Prestations de services	3	6.5	5.5	5.0	-	20
2.2. IEC	2	-	2.5	-	1	5.5
2.3.Formation	2	-	2	1	1	6
2.4.Recherche opérationnelle	1.5	2.5	-	1	0.5	5.5
2.5.Gestion de projet	0.9	1	0.7	0.4	-	3
TOTAL	9.4	10	10.7	7.4	2.5	40

La part de financement de ce projet santé accordée à la seule prévention du sida s'élève à 7 millions de dollars pour les 4 pays, dont près de 2 millions de dollars pour la Côte d'Ivoire sur 5 ans. Les activités, en cours de programmation avec le Programme National de Lutte contre le Sida, répondent aux axes suivants: l'accès au dépistage et aux conseils pour le VIH/Sida/MST; les femmes et le sida; la lutte contre le sida sur les axes migratoires; le développement institutionnel des ONGs actives dans la lutte contre le sida.

II-2. LA COOPERATION FRANCAISE

II.2.1. LA STRUCTURE ET LES PRINCIPES

L'organisation structurelle et les circuits de décision sont très différents de ceux de l'Agence américaine. L'Agence USAID, étatique mais non ministérielle, agit sous le contrôle stratégique et gestionnaire du Congrès américain. La Coopération française émane du Ministère de la France d'Outre-Mer du gouvernement colonial, devenu le Ministère de la Coopération et depuis 1998 ministère délégué sous la tutelle du Ministère des Affaires Etrangères. Le ministre délégué à la Coopération est nommé par le chef du gouvernement. La structure en pleine évolution s'organise autour de plusieurs directions. A l'appui traditionnel au développement sanitaire des pays du Champ (anciennes colonies françaises d'Afrique), s'ajoutent les pays ACP (Afrique Caraïbe Pacifique) et l'Afrique du Sud. Les actions de développement sanitaire sont administrées par la sous-direction Santé et Développement Social de la Direction du Développement. A ce niveau s'élaborent les orientations politiques et stratégiques de la Coopération française dans le secteur santé et sont recrutés les assistants techniques envoyés sur le terrain en appui aux projets. Le budget du Ministère de la Coopération était inscrit chaque année à la Loi de Finance votée par l'Assemblée Nationale. Compte tenu de son rattachement actuel au Ministère des Affaires Etrangères des incertitudes persistent sur les modalités d'allocation des financements aux secteurs sociaux (éducation et santé). L'instrument de financement des projets le plus utilisé sur le terrain est le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) dont les montants par Etats sont programmés annuellement par les Missions de Coopération sur le terrain et votés

par un Comité Directeur au niveau central pour une durée maximum de 2 à 4 ans. La mise en oeuvre des projets FAC dans l'Etat bénéficiaire est contractuelle et les conventions de financement relatives à chacun des projets sont établies entre le représentant du Ministre de la Coopération sur le terrain et l'institution bénéficiaire dans le pays d'accueil. Le choix des interlocuteurs nationaux se distingue de l'Agence américaine. L'interlocuteur privilégié du Ministère délégué la Coopération sur le terrain relève du secteur public et de l'administration. La France continue, aux lendemains des indépendances, d'accompagner en priorité les systèmes publics de santé des nouveaux Etats. Cependant ses interlocuteurs nationaux se diversifient en même temps que les stratégies santé du Ministère délégué à la Coopération évoluent dans les années 90. Certes les métiers de conseiller du ministre de la santé, ou de substitution du médecin en milieu hospitalier persistent, surtout dans les pays d'Afrique centrale. Mais grâce au développement des projets intégrés et décentralisés de santé publique en milieu urbain ou en zone rurale en Afrique de l'Ouest ou dans les pays de l'Océan Indien, dont l'objectif est de rendre plus accessibles les services de soins de qualité, tant du point de vue géographique que du point de vue économique, les interlocuteurs bénéficiaires se diversifient. L'originalité de ces projets "mixtes", semi-publics ou semi-privés, est alors d'associer à l'échelle d'une région l'administration de la santé à la société civile, représentée par des associations ou des organisations non gouvernementales, pour tenter d'améliorer la santé des populations en périphérie (Direction Régionale de la Santé Sud, 1992) (Barbé, 1996). Ce type de projet se développe dans les années 90 au Mali, en Côte d'Ivoire, au Niger, en Guinée-Conakry et à Madagascar.

II.2.2. LES PROJETS DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA COOPERATION FRANCAISE EN AFRIQUE

L'appui de la France à la lutte contre le sida en Afrique s'inscrit dans le cadre de la coopération sanitaire des années 80 et 90. Alors que les gouvernements africains mettent en place les programmes nationaux de lutte contre le sida avec l'appui technique de OMS, le Ministère de la Coopération intervient dès 1987 en finançant des actions de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de sécurité transfusionnelle, au moins dans certaines capitales africaines. Progressivement son champ de compétence et les financements s'étendent à des activités associatives ou thérapeutiques de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et de recherche bio-médicale ou socio-anthropologique. En 1994, l'appui du gouvernement français en Afrique représente, à travers l'instrument du Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) du Ministère de la Coopération, 84.8% des ressources financières allouées par le gouvernement français à la lutte contre le sida dans le monde (Ministère de la Coopération, 1994). La même année la contribution du Ministère de la Coopération envers l'OMS représente 8.5%, et les allocations aux pays hors Champ à travers la coopération sanitaire du Ministère des Affaires Etrangères 6.6%. C'est dire la place qu'occupe l'Afrique.

L'intervention du Ministère de la Coopération dans la lutte contre le sida en Afrique s'est déroulée selon trois phases (Marchal, 1995):

II-2.2.1. Une phase d'urgence entre 1987 et 1989, d'un montant de 33 MF, dont les financements sont accordés sous la forme de FAC d'Intérêt Général gérés par la sous-direction de la Santé et du Développement Social (DEV/S) du Ministère de la Coopération à Paris, en liaison avec les Missions de Coopération dans les capitales africaines pour des actions immédiates dans les domaines

suivants: dépistage et sécurité transfusionnelle, enquêtes épidémiologiques et travaux de recherche virologique, activités d'information, d'éducation et de communication. Ces interventions sont menées essentiellement à travers les institutions sanitaires publiques. Les pays bénéficiaires sont ceux dont la séroprévalence et le nombre de cas de malades témoignent d'une épidémie naissante, tels que la Côte d'Ivoire, le Congo, le Gabon, la République Centrafricaine et le Sénégal.

II-2.2.2. Depuis 1990, on assiste à une phase d'intégration des actions de lutte contre le sida dans les projets de coopération FAC/santé avec les Etats africains. Ainsi les projets FAC santé/sida sont-ils définis avec les Etats et gérés spécifiquement par pays de manière décentralisée cette fois par les Missions de Coopération et les services bénéficiaires. Ces projets sont conformes aux objectifs de la tutelle stratégique du programme mondial sida de l'OMS (GPA/OMS) sur la période 1990-1995.

Le nombre de pays bénéficiaires de l'aide française à la lutte contre le sida en Afrique s'étend entre 1991 et 1995 à mesure que l'épidémie progresse: aux pays mentionnés viennent s'ajouter le Cameroun, le Bénin, le Niger, le Mali, le Burkina Faso, la Guinée-Conakry, la Mauritanie et le Togo.

Les partenaires institutionnels nationaux identifiés pour la mise en oeuvre des projets du FAC se font plus nombreux: outre les Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida, rattachés aux Ministères de la Santé de ces pays, on retrouve les services publics de soins, puis les organisations non gouvernementales locales impliquées dans la lutte contre le sida, dont les associations africaines de personnes vivant avec le VIH qui émergent dans la seconde partie des années 90.

Les actions financées par les projets FAC évoluent en fonction de la dynamique épidémique: alors que le nombre de malades au stade de sida augmente considérablement, des activités de prise en charge des malades, incluant la formation des professionnels de santé, l'accès à la sérologie VIH, l'accès au diagnostic des infections opportunistes, l'accès aux médicaments essentiels et l'ouverture d'hôpitaux de jour, ainsi que des activités de recherche clinique et virologique, sont également financées dans le cadre de ces projets.

Ces actions se sont considérablement développées en termes d'assistance technique et en termes de financements, depuis la note d'instruction du ministre Debarge de décembre 1992 (Debarge, 1992). Le nombre des assistants techniques affectés à des activités de lutte contre le sida est d'une centaine, soit le quart de l'effectif des coopérants santé sur le terrain fin 93. Cet engagement fut prolongé par l'appui du ministre Roussin à la lutte contre le sida en Afrique lors de son passage à Abidjan en juillet 1993 (Smets et al, 1993). Les autorisations de programme pour la seule année 1994 s'élèvent à 162 millions de FF (Ministère de la Coopération, 1994). Puis par le ministre d'Etat Simone Veil, lors de l'organisation du Sommet Mondial du Sida à Paris en décembre 1994 réunissant les chefs d'Etats et de gouvernements de plus d'une centaine de pays (Sommet de Paris sur le Sida, 1994).

II-2.2.3. Le Programme Mobilisateur Sida est mis en place parallèlement à ces projets FAC/Santé/Sida en 1991. Il est voté à hauteur de 20 MF jusqu'en 1994 et de 45 MF en 1994. Cette instance est organisée autour d'un comité de pilotage composé de représentants des services centraux du Ministère, de chercheurs et d'universitaires français chargés de définir les orientations de la coopération française en matière de lutte contre le sida en Afrique, et chargé de

sélectionner des projets soumis à financement. Ce programme mobilisateur se développe autour des thèmes suivants:

- la recherche épidémiologique, clinique, virologique en collaboration avec l'Agence Nationale française de la Recherche sur le Sida (ANRS), les Instituts Pasteur d'Outre-Mer, et les instituts nationaux africains de recherche.
- la formation des nationaux sur tous les thèmes liés à la lutte contre le sida, les MST et la tuberculose et la participation à des conférences internationales
- la prévention et l'information notamment à travers des actions associatives locales et des enquêtes socio-anthropologiques.

Enfin, la Coopération française finance également d'autres actions en Afrique en mobilisant le réseau français des associations de lutte contre le sida, telles que l'Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS) initiatrice de l'hôpital de jour à Brazzaville-Congo, ou l'association AIDES pour appuyer le développement institutionnel d'associations de personnes vivant avec le VIH dans quelques pays d'Afrique, ou encore le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) qui soutient les partenaires nationaux dans le développement de centres d'information et de documentation sur le sida.

Quelles que soient les modalités de financement de ses actions de lutte contre le sida, le Ministère de la Coopération s'efforce d'élaborer ses projets en concertation avec les équipes nationales et en fonction des interventions des autres acteurs de la communauté internationale. Le contenu du rapport de présentation du FAC IEC SIDA rédigé en 1996 en Côte d'Ivoire a été entièrement élaboré par le PNLS avec ses partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux. Il est reconnu des partenaires nationaux, et surtout des bénéficiaires les malades et leurs associations, que l'intervention française se singularise des autres bailleurs de fonds, par les

financements accordés au domaine de la prise en charge des malades atteints de sida sous diverses formes dont l'appui à la politique du médicament essentiel et générique et le soutien associatif social et juridique des malades et de leurs familles: le projet Solidarité Action Sociale à Bangui, Bouaké et Bobo-Dioulasso en 1995 (Kouakou et al, 1994) (Centre International de l'Enfance, 1996), le projet FAC IEC 1994 dont bénéficie la première association de personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire «Lumière Action », et les hôpitaux de jour d'Abidjan puis Yaoundé en sont quelques exemples.

II-2.2.3. LA CONTRIBUTION DE LA COOPERATION FRANCAISE A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE

Etant donné la dégradation sensible du secteur santé en Côte d'Ivoire à la fin des années 80, du fait de la crise économique et de l'impact des mesures d'ajustement structurel sur le secteur public, la Coopération française s'implique dans la définition de nouvelles orientations à l'appui du secteur santé en Côte d'Ivoire à partir de 1991.

L'appui à la lutte contre le sida se déroule selon plusieurs axes à la fois conceptuels et opérationnels:

1- L'appui au Programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose. Cet appui prend diverses formes: la présence d'une assistance technique qui contribue à l'élaboration des stratégies nationales liées notamment à la prise en charge des malades Sida/MST: élaboration d'algorithmes de traitement des infections opportunistes et de traitement des MST, définition d'une stratégie de diagnostic biologique de l'infection à VIH en liaison avec les recommandations de l'OMS, mise en place d'un système national d'approvisionnement, de distribution et

de tarification des réactifs sérologiques pour le diagnostic, élaboration de modules de formation et guides de prise en charge des malades du sida et des MST, etc.

2- Un appui au diagnostic sérologique par la fourniture de chaînes Elisa et de réactifs sérologiques pour la sécurité transfusionnelle et le diagnostic des malades dans un CHU de la capitale. C'est la phase d'urgence. En 1995 cet appui se poursuit, puisque la Côte d'Ivoire bénéficie, à l'instar d'autres pays africains à l'issue du Sommet Sida de Paris, d'un don en équipement diagnostic et réactifs sérologiques d'un montant de 1 million de FF, distribués sur l'ensemble du territoire.

3- La création d'un laboratoire de recherche et de diagnostic sérologique et des infections opportunistes du sida (CEDRES), localisé au CHU de Treichville dans la capitale pour un montant de 6 Millions de FF complète ces dispositions. Progressivement les activités de recherche clinique associent la Coopération française à l'ANRS France, au PNLS de Côte d'Ivoire, à l'Université de Bordeaux II et à l'INSERM, à la Fondation Mondiale pour la Recherche Luc Montagnier et à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, pour constituer en 1996 le Projet PAC-CI: PNLS/ANRS/Coopération française-Côte d'Ivoire. Un essai clinique de chimioprophylaxie des infections opportunistes en ambulatoire des personnes séropositives ou des malades à un stade précoce de l'infection à VIH, et un essai de réduction de la transmission mère-enfant du VIH par la Zidovudine administrée aux femmes enceintes, sont en cours sur la période 1996-98. Une cohorte incidente de donneurs de sang infectés par le VIH se met en place pour mieux comprendre l'histoire naturelle de l'infection à VIH en Afrique de l'Ouest, identifier les types de virus, et tester la tolérance et l'efficacité des thérapies antivirales.

4- En complémentarité de l'appui central au PNLS, l'appui aux activités intégrées de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose dans les formations sanitaires de la région sud du pays inclut la capitale et ses dix communes sanitaires. C'est la composante d'appui aux Programmes Sida/MST/tuberculose du Projet Santé Abidjan dont l'enveloppe s'élève à 7MF sur la période 1992-1998. Le projet consiste en l'amélioration de la qualité des soins et en la décentralisation des compétences cliniques et médico-sociales, des matériels et réactifs biologiques pour la prise en charge des malades atteints de MST, sida et tuberculose au niveau des formations sanitaires urbaines et des centres de santé communautaires des dix communes d'Abidjan.

5- L'appui se poursuit en 1994 par la mise en place d'un hôpital de jour au CHU de Treichville dans la capitale, pour un montant de 12 MF, du financement des associations ivoiriennes de lutte contre le sida et du PNLS pour des actions de sensibilisation et de prévention, pour un montant de 3 MF sur la période 1994-1996 et de 5 MF sur la période 1997-2000 prévoyant également la mise en place de centres de dépistage anonymes et gratuits dans deux autres grandes villes du pays Bouaké et Korhogo, respectivement placées au centre et au Nord du pays.

6- La Coopération française finance aussi un projet de soutien psychologique, social, économique et juridique aux malades du sida et à leurs familles à Bouaké sur la période 1994-1996: le projet Solidarité Action Sociale (SAS) financé à hauteur de 1.2 MF qui prévoit des consultations des familles, des activités génératrices de revenus pour les malades qui ont perdu leur emploi ou pour les familles sans ressources, des consultations juridiques pour traiter des

affaires conjugales, des droits de succession et de l'autorité parentale pour les enfants des malades, les orphelins, etc.

Tableau 5. Contributions financières de la Coopération française à la lutte contre le sida en Afrique sur la période 1993-2000.

(source: Mission de Coopération et d'Action Culturelle, Ambassade de France en Côte d'Ivoire, 1997)

Projet	Durée	Montant <i>millions de \$</i>
Projet Santé Abidjan (composante VIH/MST)	1993-1998	1.4
CEDRES	1993-1996	1.2
Hôpital de Jour	1994-1996	2.4
Prévention Sida	1994-1996	0.6
SAS Bouaké	1995-1996	0.2
Appui aux associations	1995-1997	0.2
Dons en réactifs sérologiques	1995-1997	0.2
Recherche/PAC-CI	1995-1999	6
Fondation Montagnier	1996-1997	0.3
Prévention Dépistage volontaire	1997-2000	1
TOTAL		13.5

II-3. COMMENTAIRES

II-3.1. LA COOPERATION FRANCAISE

La Coopération française, initialement faible en termes de définition des politiques et stratégies de lutte contre le sida en Afrique, dont l'élaboration est sous le contrôle exclusif de l'OMS dans les années 80, s'inscrit dans les années 90, non comme un simple bailleur de fonds, mais comme un acteur de la lutte contre le sida aux côtés des pays africains. En 1996 DEV/S publie un dépliant, certes plus descriptif que stratégique, sur les différents principes et domaines d'intervention du Ministère en matière de lutte contre le sida en Afrique (Ministère de la Coopération, 1996), établissant clairement cependant la place des personnes séropositives et des malades. Les financements français privilégient l'accès au dépistage et à l'information, le soutien psychologique et médical des personnes atteintes, la participation des personnes vivant avec le VIH/Sida à la définition et à la mise en oeuvre des programmes, comme le suggérait l'*Appel de Marrakech* (Appel de Marrakech, 1993), texte de consensus issu de la Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique qui s'est tenue au Maroc en décembre 1993. La stratégie préconise l'intégration des activités aux structures de soins préventifs et curatifs existantes et le développement de la recherche clinique.

Par contre, nous regrettons, à l'heure où près de 15% des femmes enceintes sont séropositives (Sylla-Koko et al, 1995) et où les profils épidémiques annoncent une épidémie de sida menaçant gravement les femmes et les enfants pour les cinq ans à venir (Soro et al, 1992) (Union Européenne et al, 1997), que les stratégies spécifiques concernant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le

dépistage volontaire des femmes enceintes, la formation des personnels de santé des centres de protection maternelles et infantiles et des maternités, ou encore la prévention de la transmission du VIH en milieu de soins et tous les aspects relatifs à la santé de la reproduction et du sida, continuent, malgré des recommandations faites dans ce sens par le terrain, de ne pas figurer comme un élément singulier affirmé de la politique de lutte contre le sida en Afrique du Ministère délégué à la Coopération. Certains aspects spécifiques de la lutte contre le sida appellent des mesures spécifiques. Nous recommandons que si les financements alloués à la lutte contre le sida en Afrique étaient renouvelés, ils soient dirigés en priorité vers la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant. La Côte d'Ivoire, en réponse au taux de séropositivité de 15% des femmes enceintes, propose des éléments de politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (Groupe de réflexion consultatif auprès du PNLS, 1995). Ce document connu de DEV/S mériterait une plus large diffusion, d'autant que toutes les mesures proposées sont parfaitement adaptées à l'ensemble des pays africains francophones de la sous région. Cette démarche nationale a par ailleurs le mérite de préparer le terrain à des interventions thérapeutiques de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, telles que les essais de molécules antirétrovirales en cours en Côte d'Ivoire (Welfens-Ekra et al, 1995) (Welfens-Ekra et al, 1997). Il semble que la Coopération américaine USAID, la Banque Mondiale et le FNUAP aient les moyens d'intervenir plus largement dans le domaine de la santé reproductive à travers leurs programmes intégrés de prévention de l'infection à VIH et des MST et de promotion du planning familial. Mais ces organismes, qui financent des actions de mobilisation sociale, ne prennent pas en compte les aspects spécifiques du dépistage et du suivi des femmes enceintes séropositives.

De façon plus générale, la contribution de la coopération française sur le terrain se singularise des autres intervenants internationaux de plusieurs manières:

1- Elle est majeure en termes de financements et de mise à disposition de ressources humaines comme l'attestent les données détaillées plus haut. Ces financements s'élèvent à 70 MF de 1993 à 2000, dont 12 MF pour l'ouverture d'un hôpital de jour sur la période 1994-1998 et 30 MF pour un projet de recherche clinique et virologique sur la période 1995-1999. Quant aux ressources humaines elles étaient de 16 professionnels (sur les 29 assistants techniques santé présents en Côte d'Ivoire) dont 11 à plein temps sur ces programmes de lutte contre le sida, l'ensemble représentant un coût de fonctionnement de 5.7 MF/an (Mission de Coopération et d'Action Culturelle, 1997).

2- Les actions de la Coopération française sont particulièrement développées en matière de recherche, non seulement médicale, mais aussi anthropologique et sociologique (Dédry et al, 1995), enfin économique (Kadio et al, 1993) (Kerouedan et al, 1995 (a) (c)).

3- La contribution française en Afrique ne se limite pas à des actions de sensibilisation des populations et de prévention de la transmission sexuelle ou sanguine du VIH. Elle se distingue des autres coopérations en République Centrafricaine, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, par ses actions de prise en charge médicale et sociale menées spécifiquement en direction des séropositifs et des malades:

- sur le plan associatif, la Coopération française et le PNUD sont sur la décennie 87-97 d'observation de l'épidémie en Côte d'Ivoire, les seuls organismes

à financer les activités de prévention et de prise en charge psychosociale des associations africaines de personnes vivant avec le VIH/sida.

- sur le plan médical, la Coopération allemande (GTZ) est en effet le seul autre organisme bilatéral à financer des activités cliniques et biologiques liées au sida, mais leur intervention reste géographiquement circonscrite du fait de sa volonté d'intégrer l'ensemble de ses activités à l'échelle d'une région sanitaire.

La Coopération américaine USAID, soucieuse du facteur « cost-efficiency » de ses interventions et sévèrement "accountable" vis-à-vis de la gestion des fonds publics envers l'opinion publique et le Congrès, est tenue de s'en tenir aux actions de prévention, de dépistage ou de formation, mais jamais de prise en charge médicale ou thérapeutique de malades. Enfin les lignes de crédits de l'OMS et de l'ONUSIDA privilégient les actions de sensibilisation et d'information sous diverses formes. L'implication de l'ONUSIDA dans le domaine de la prise en charge des malades se manifeste très récemment alors que l'institution est interpellée sur l'accessibilité des patients africains aux antirétroviraux et met en place, en réponse à cette demande et à petite échelle des essais thérapeutiques antiviraux dans 4 pays: le Vietnam, le Chili, l'Ouganda et la Côte d'Ivoire.

La position de la France vis-à-vis de la question de l'accessibilité des thérapeutiques antirétrovirales aux malades africains, et notamment des antiprotéases, s'est exprimée très clairement lors de la X^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique réunie en décembre 1997 à Abidjan. Le président de la République française et le secrétaire d'Etat à la Santé ont annoncé lors de cette Conférence la création d'un Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI) pour les malades du sida en Afrique: « *Nous n'avons pas le droit d'accepter qu'il y ait désormais deux façons de lutter contre*

le sida: en traitant les malades dans les pays développés, en prévenant seulement les contaminations au Sud » a déclaré Mr Jacques Chirac en appelant d'emblée les grands groupes pharmaceutiques à réduire les prix des molécules antivirales pour les bénéficiaires des pays en développement. Cette position appelle des questions de mise en oeuvre pratique discutées dans la seconde partie du document.

II-3.2. LES DETERMINANTS DU CHOIX DES STRATEGIES DE COOPERATION BILATERALE AMERICAINE OU FRANCAISE

Il nous semble par ailleurs pertinent, alors que l'influence américaine sur le continent évolue, en particulier en Afrique francophone, d'analyser, en s'appuyant sur le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, les interventions de ces deux organismes d'aide bilatérale au développement. Au moment où les opinions publiques questionnent leurs gouvernements respectifs sur l'opportunité de l'aide et les montants des financements accordés dans les pays en développement, il est intéressant d'observer les modes de coopération de ces organismes et d'analyser les déterminants du choix des priorités pour chacune des parties. L'analyse permet de constater que la coopération américaine fonde son organisation structurelle, sa méthode de coopération, le choix de ses priorités et le choix de ses partenaires, tant américains qu'africains, sur une idéologie économique libérale exclusive écartant le plus souvent l'Etat. Dans le système français, les orientations prioritaires sont issues de choix politiques et les interventions sont mises en oeuvre de façon prédominante en partenariat avec l'administration et le service public.

La nature de l'intervention et le choix des opérateurs africains ont-ils un effet sur la pertinence ou l'efficacité des interventions respectives de la France et des Etats-Unis en matière de lutte contre le sida? En dehors d'une évaluation de l'impact des

activités financées, comment pourrait-on attribuer, si elle existe, une amélioration de la santé des populations, à tel ou tel partenaire international?

Dans le secteur santé, les déterminants du choix des priorités sont différents pour l'un ou l'autre pays. Les Etats-Unis, en dehors des thèmes véhiculés par les lobbies privés américains faisant pression sur le Congrès, sont attachés à réduire la croissance démographique des pays en développement. Leur axe prioritaire est la santé de la reproduction auquel ils associent, à travers l'outil commun du préservatif, la lutte contre les MST et le sida. La Banque Mondiale et USAID fondent leurs actions sur le secteur santé sur le même principe. La Banque Mondiale a inscrit dans ses conditionalités de décaissements des prêts à la Côte d'Ivoire, des items relatifs à l'accroissement des ressources en faveur du secteur santé et aux dispositions à prendre pour maîtriser la croissance démographique. La France à l'inverse, ne se soucie presque jamais de la question démographique qui apparaît exceptionnellement lors d'un discours politique officiel, ou spécifique aux questions de santé, même si des projets « FAC Population ou santé de la reproduction » sont en cours d'élaboration. La Coopération française appuie depuis les années 90 le développement en milieu urbain d'une offre semi-privée de soins curatifs à but non lucratif, dont l'originalité est la mixité des interlocuteurs nationaux (administratifs publics et associatifs privés). La France se distingue enfin de USAID par l'importance de l'assistance technique qu'elle met à disposition des équipes nationales en Afrique francophone.

CONCLUSION

La France et les Etats-Unis interviennent très différemment sur le continent africain, même sur un secteur commun d'action, celui de la santé et de la lutte contre le sida. Nous avons peu d'éléments pour mesurer finalement l'impact réel de ces modes d'intervention sur l'objectif annoncé d'améliorer la santé des populations africaines. Nous n'en avons pas plus pour dire que telle coopération est plus "cost effective" que l'autre, si l'on considère leur souci commun de mieux gérer l'aide publique au développement. Le choix de leurs interventions semble davantage guidé par des idéologies, économique et libérale ici, là administrative et étatique. Néanmoins ces deux organisations sont appelées par leurs opinions publiques respectives à évoluer, tant du point de vue structurel et organisationnel, que du point de vue de la gestion. L'aide publique au développement, si elle doit être poursuivie, devra être plus précisément argumentée et chiffrée par ses responsables, pour intéresser les électeurs et motiver les élus à voter les budgets sollicités. Les populations ne peuvent que bénéficier d'une meilleure attribution de l'aide et du développement sur des critères d'efficacité, d'efficience et d'impact.

III- LES COOPERATIONS MULTILATERALES

Nous entendons par organisations multilatérales, l'organisation de l'Union Européenne et celle de la Banque Mondiale, étant entendu que les contributions des organisations des Nations-Unies ont été traitées au chapitre I. L'Union Européenne étant en quelque sorte une organisation multilatérale.

III-1. L'UNION EUROPEENNE

Les relations de la Commission des Communautés Européennes avec les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) restent dominées en cette fin de siècle par les accords économiques et commerciaux, dont le but est de promouvoir le développement économique et social de ces pays. Néanmoins le thème de la santé s'inscrit progressivement à l'ordre du jour des Assemblées Paritaires ACP-CEE, et apparaît comme une préoccupation importante sous la convention de Lomé IV qui lui consacre pour la première fois un chapitre spécifique (Assemblée Paritaire ACP-CEE, 1990). Cependant la part du FED consacrée au secteur santé reste minime pendant cette période comparée à l'appui aux activités commerciales, soit 2 à 3% des budgets FED (Communautés Européennes, 1992). L'épidémie de Sida qui se déclare et s'étend de manière très préoccupante dans les pays ACP au cours des années 80, menace gravement l'équilibre économique et social fragile de cette décennie de crise et d'ajustement structurel, et constitue, outre les mesures d'accompagnement de l'ajustement structurel dans le secteur santé à la même période, un accélérateur des interventions de la Commission en matière de santé dans les ACP, notamment en Afrique subsaharienne. C'est l'épidémie de sida, ses menaces économiques et sociales et ses conséquences sur le développement, qui invitent alors la Commission des Communautés Européennes à s'impliquer davantage dans le secteur santé en Afrique (Direction Générale du Développement, 1993 (b)) (Kerouedan, 1994(a)).

III-1.1. LES ACTIONS SANTE DE LA COMMISSION

La politique de la Commission en matière de santé se résume comme suit: contribuer à la correction des déséquilibres structurels des systèmes de soins; favoriser l'élaboration de réformes de l'organisation administrative des systèmes de santé; contribuer au développement des systèmes de financement permettant une mobilisation cohérente des ressources financières; appuyer les efforts en vue de l'amélioration de la qualité des soins dispensés. Ainsi *"le but des interventions de la Commission est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations en aidant les pays ACP à développer des systèmes de santé viables, aptes à répondre de façon appropriée et supportable aux besoins de santé fondamentaux de leurs populations."*(Direction Générale du Développement, 1993).

L'Union Européenne se propose de mettre en place une aide budgétaire aux gouvernements à travers laquelle des financements sont alloués au secteur santé. Ainsi l'organisation sécurise le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé et permet la révision de la structure et de la programmation budgétaire.

De nombreuses actions sont menées en faveur de l'accès au médicament essentiel. Sur le terrain, la dévaluation du FCFA de janvier 1994 ébranle les pays de la zone Franc et suscite une concertation très étroite entre les bailleurs de fonds d'une part, réunis en France fin janvier 1994, et les hauts responsables nationaux de la région d'autre part, réunis en mars 1994 à l'initiative de la Côte d'Ivoire, (mais également entre les premiers et les seconds), sur la question cruciale, immédiate et urgente de l'accès au médicament essentiel et sur la question du médicament générique. Des mesures précises sont proposées pour limiter l'impact de la

dévaluation sur l'accès au médicament dans les pays de la zone Franc (Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, 1994) (Guessan Bi et al, 1994).

Plus récemment l'organisation contribue à la mise en place sur le terrain de mécanismes de financement des soins, notamment de recouvrement des coûts sur les médicaments.

La Commission devient progressivement au cours de la décennie 90 un acteur international majeur sur le terrain, tant du point de vue de l'élaboration de politiques de santé que de son appui institutionnel, et de sa contribution au financement d'actions de santé dans les pays ACP.

III-1.2. LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA COMMISSION

"L'Union Européenne base sa coopération au développement sur les principes d'une interdépendance mutuelle et de solidarité qui ont conduit à l'adoption d'une méthode de partenariat. L'épidémie du VIH/sida constitue un nouveau facteur dans cette interdépendance et les actions de prévention du VIH font partie intégrante des efforts de l'UE pour mener à bien ces objectifs de développement, plus particulièrement ceux qui concernent: l'allègement de la pauvreté, le développement social et économique viable à long terme et l'encouragement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales." (Direction Générale du Développement, 1994). La politique de l'UE vis-à-vis de l'épidémie de sida et donc de son contrôle se fonde sur l'approche suivante: *"L'épidémie du VIH/sida a attiré l'attention sur le fait que les secteurs santé ont souvent négligé les approches non médicales et a souligné l'importance des politiques sociales dans l'élaboration d'une réponse adéquate."* (Direction Générale du Développement, 1994).

De cela il se dégage les stratégies prioritaires suivantes:

- réduire la propagation de l'épidémie (MST, groupes vulnérables, démunis, pauvres) tout en prévenant la discrimination (législations et comportements)

- permettre au secteur santé de faire face au fardeau supplémentaire que représente le VIH/Sida (stratégies de soins à bas prix, rationalisation des thérapies, sécurité transfusionnelle et moyens diagnostiques, et politique des médicaments essentiels)

- réduire les conséquences de l'épidémie sur le développement économique et social en incluant ce facteur dans les projets de développement de l'UE et en soutenant plus particulièrement les orphelins et les communautés les plus touchées

- accroître la compréhension et l'apprentissage scientifiques pour rendre la recherche opérationnelle et immédiatement utilisable par les pays bénéficiaires.

Une Task Force Sida constituée d'une équipe d'experts est spécifiquement instituée auprès de la Commission accompagnée d'une ligne budgétaire spécifique dès 1988. Cette unité est intégrée au sein de la Division Santé/Sida créée en 1993 auprès de la Direction Générale du Développement de la Commission (Direction Générale du Développement, 1993).

III-1.3. LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE L'UE EN CÔTE D'IVOIRE

L'Union Européenne finance dès 1991 la réhabilitation du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de la capitale ivoirienne afin de mettre en place une politique transfusionnelle permettant d'assurer la sécurité transfusionnelle vis-à-vis de l'infection à VIH, mais également de la syphilis, de l'hépatite virale et du

paludisme. Deux autres grandes villes du pays, Bouaké et Korhogo bénéficient de ces infrastructures et de capacités de dépistage des donneurs de sang. Les donneurs séropositifs informés de leur statut sérologique sont suivis par une petite unité ambulatoire installée près du CNTS (Kerouedan et al, 1994). Ces personnes sont référés aux structures spécialisées de soins s'ils deviennent symptomatiques. Le montant de la contribution financière de l'Union Européenne à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire sur la période 1993-1995 s'élève à 2.2 millions de dollars. Notons qu'à travers sa politique du médicament et le financement de mécanismes d'approvisionnement en médicaments essentiels, l'Union Européenne met à la disposition des gouvernements les instruments de prise en charge des malades du sida et de traitement précoce des MST. C'est une contribution indirecte à la lutte contre le sida et la limitation de son impact.

III-2. LA BANQUE MONDIALE

La Banque Mondiale est à sa création une banque de reconstruction des pays européens à la fin de la deuxième guerre mondiale. Son mandat fondamental, à la base de toutes ces actions, est de « réduire la pauvreté dans le monde ». A ce titre, elle se donne pour mission de dégager des fonds destinés à des actions de développement économique et des fonds sociaux.

III-2.1. INTERVENTION DE LA BANQUE MONDIALE SUR LE SECTEUR SANTE/SIDA EN AFRIQUE

L'intervention de la Banque Mondiale sur le secteur santé fait suite au constat de l'impact sur la santé des politiques publiques et des mesures d'ajustement structurel préconisées par cette institution dans les années 80 pour sortir les pays africains de la crise économique et financière: la réduction des dépenses publiques s'est effectuée aux dépens des secteurs sociaux aggravant encore les effets de la crise économique. La Banque Mondiale fait une entrée remarquée sur la scène internationale des penseurs et des bailleurs de fonds dans le secteur santé des pays en développement avec la publication en 1993 du *Rapport sur le Développement dans le Monde* sur le thème de la Santé et dont le sous titre est *Investir dans la Santé* (Banque Mondiale, 1993) rapidement suivi par la publication de *"Better Health in Africa"* ou *"Pour Une Meilleure Santé en Afrique"* (Banque Mondiale, 1994) qui propose des lignes politiques et stratégiques pour l'amélioration de la santé plus particulièrement en Afrique. Les projets de santé, population et nutrition de la Banque Mondiale représentaient en 1991 près de 7% des nouveaux prêts consentis, contre moins de 1% en 1987 (Banque Mondiale, 1993).

Les messages clés de la Banque Mondiale se résument en trois axes:

- améliorer l'environnement économique des ménages et leur instruction;
- améliorer le rapport coût-efficacité des dépenses publiques de santé en faveur des soins essentiels et des programmes de santé publique;
- promouvoir la diversité et la concurrence dans la fourniture des services de santé et dans le secteur de l'assurance notamment pour les soins dispensés au niveau tertiaire (Banque Mondiale, 1993).

Le rapport *"Investir dans la Santé"* développe de nombreux aspects relatifs à l'épidémie de sida, à son impact économique, aux mesures à prendre en priorité et raisonnables du point de vue du rapport coût-efficacité: la prévention de la transmission du virus par voie sexuelle (y compris le traitement précoce des MST) et sanguine (par la réduction de la demande transfusionnelle et la prévention des anémies), l'accès au dépistage sérologique, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique et la prise en charge ambulatoire et symptomatique des malades atteints de sida. En outre la Banque Mondiale s'associe en 1995 à l'élaboration du Programme Conjoint des Nations-Unies contre le Sida et devient membre de l'ONUSIDA en 1996.

III-2.2. LA BANQUE MONDIALE ET LA SANTE EN CÔTE D'IVOIRE

En Côte d'Ivoire la stratégie de la Banque Mondiale pour le secteur santé constitue le cadre du projet de développement intégré des services de santé dont le montant de prêt s'élève à 40 millions de dollars sur trois ans à partir la fin 1996. Ce projet s'appuie sur les objectifs et le contenu du Plan National de Développement Sanitaire élaboré en Côte d'Ivoire en 1996 (Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire, 1996 (a)) présenté aux bailleurs de fonds en juin 96 (Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire, 1996 (b)).

Des réformes préalables à l'amélioration de la santé dans ce pays sont proposées pour orienter les mentalités et les systèmes (Banque Mondiale, 1996):

- l'amélioration de l'accès des soins essentiels en périphérie pris en charge par l'Etat et une couverture de soins tertiaires assurés en majorité par le secteur privé des assurances ou des prestataires.

- Les organes centraux du ministère et des services qui relèvent de sa tutelle (régions sanitaires et districts) doivent se concentrer sur l'élaboration de politiques et de stratégies, des tâches de suivi d'évaluation et de supervision, plutôt qu'à la fourniture de soins. La décentralisation doit permettre de transférer des fonctions de directions centrales vers les départements sectoriels puis vers les communes et le secteur privé.

- faire passer le centre d'intérêt des politiques de la fourniture des services de santé à la demande des services de santé. Les domaines prioritaires d'intérêt de la Banque Mondiale sont la santé de la reproduction, la nutrition et le "Paquet Minimum d'Activités" ou PMA. Le PMA est une stratégie qui réorganise les services autour d'interventions majeures au niveau du district. Il inclut les soins maternels et infantiles, le planning familial, l'approvisionnement en eau, la nutrition et l'assainissement, ainsi que les soins curatifs pour le paludisme, les MST et le sida, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, et quelques maladies chroniques telles que la tuberculose, la lèpre, la dracunculose.

- promouvoir les déterminants de la santé autres que les résultats du secteur sanitaire: l'éducation, l'environnement, la politique macro-économique, la politique fiscale.

- réviser les programmes de formation initiale et continue des personnels de santé et réfléchir à un nouvel exercice de la médecine privée facilitée par des mécanismes non publics de financement des soins.

III-2-3.LA BANQUE MONDIALE ET LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE

Dans ce domaine la Banque intervient de deux manières:

1- associée à l'ONUSIDA, elle contribue à la coordination des actions de lutte contre le sida des agences des Nations-Unies en Côte d'Ivoire. Sa mission est ici confondue à celle de l'ONUSIDA.

2- La contribution de la Banque Mondiale à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire s'inscrit aussi à travers son volet d'appui au secteur santé de la reproduction qui est une des composantes du paquet minimum d'activités du programme sectoriel santé mis en place au niveau du district.

Préalablement à l'identification des priorités du PNLS de Côte d'Ivoire, le Plan National de lutte contre le sida a fait l'objet d'une révision sous la tutelle de la Banque. En effet depuis la stratégie mondiale de l'OMS en 1993 qui avait inspiré le plan à moyen terme 1993-1998 ou PMT II, certaines évolutions institutionnelles et stratégiques nationales ne figuraient pas dans le Plan National: l'intégration du programme de lutte contre la tuberculose à la lutte contre le sida et les MST, l'importance accordée à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et aux questions de sida de la mère et de l'enfant, et la prévention de la transmission nosocomiale et aux personnels de santé du VIH à travers une amélioration de l'hygiène des formations sanitaires.

Quatre domaines spécifiques de lutte contre le sida sont retenus pour financement par la Banque Mondiale à hauteur de 3 millions de dollars sur cinq ans, dans le cadre du prêt accordé à la mise en oeuvre du plan sectoriel santé:

1) la disponibilité des formations sanitaires en consommables médicaux, médicaments essentiels pour le traitement des MST et des infections opportunistes, petit matériel, préservatifs, etc.

2) la formation des personnels de santé prestataires du PMA sur les MST/sida

3) l'intégration aux actions de lutte contre le sida d'activités de planification familiale.

4) l'utilisation des ONG pour étendre les actions de prévention et de prise en charge.

IV- CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Il n'y a pas de données récentes de séroprévalence de la population générale en Côte d'Ivoire, mais les estimations s'accordent sur un taux de séroprévalence de 14 à 15% en 1997 et prévoient une augmentation de la séroprévalence de l'infection à VIH dans la ville d'Abidjan dans les toutes prochaines années puis une stabilisation en plateau à près de 16% en l'an 2000 (Union Européenne et al, 1997). Malgré l'atteinte du maximum d'incidence de l'infection à VIH en 1997, le nombre de nouveaux cas et de cas présents de sida ainsi que le nombre d'infections VIH présentes dans la population de la capitale vont continuer à augmenter: le nombre de séropositifs dépassera le million en 2001, le nombre de nouveaux cas dépassera 50 000 chaque année à partir de l'an 2000. Le nombre de cas de sida survenus depuis le début de l'épidémie serait de 119 000 fin 1996 contre 38 000 notifiés. La mortalité infantile liée au sida serait de 12,3 pour mille avec 11 777 cas de sida pédiatrique en 1996 et de 16,9 pour mille avec 18 773 cas attendus en 2001. *« Au-delà d'un certain nombre, les chiffres perdent toute réalité. On quitte l'humanité pour la pure statistique »* (Castillo, 1995).

Face à ce constat il nous a semblé intéressant, dans le cadre de la première partie de ce travail, d'analyser les stratégies élaborées au niveau international et leurs évolutions institutionnelles. L'élaboration des stratégies et la gestion des fonds multilatéraux de lutte contre le sida de l'ONU, hier confiés à l'organisation de tutelle mondiale sur le secteur santé à travers le programme mondial sida ou GPA/OMS, sont désormais partagés avec cinq autres agences des Nations-Unies réunies avec la Banque Mondiale sous l'égide de l'ONUSIDA. Cette évolution est

la réponse proposée par l'ONU à la demande des autres agences de l'ONU de participer à la définition des stratégies de lutte contre le sida et à la gestion des fonds alloués à cette épidémie, compte tenu des limites de la stratégie mondiale de l'OMS à répondre à la situation et compte tenu de la réduction constante des financements multilatéraux obligeant les agences à une rationalisation des ressources et à la coordination de leurs actions sous l'égide de l'ONUSIDA. Néanmoins les agences de l'ONU poursuivent des actions de lutte contre le sida en dehors de l'ONUSIDA: le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, le PNUD, l'UNESCO et la Banque Mondiale financent des actions indépendamment les unes des autres, comme si l'ONUSIDA, disposant de ses fonds propres, était la septième agence.

Il est intéressant aussi d'analyser certains déterminants du choix de ces stratégies, tels les déterminants idéologiques et populationnistes de l'intervention américaine, les effets concomitants dans les années 80 des politiques d'ajustement structurel et de l'épidémie de sida sur la décision de l'Union Européenne et de la Banque Mondiale de s'« investir dans la santé » et plus spécifiquement sur la lutte contre le sida (Banque Mondiale, 1993) (Banque Mondiale 1994) (Direction Générale du Développement, 1994) (Kerouedan, 1994(a)). La démarche est de favoriser le développement en suscitant une amélioration de la santé des populations malgré les conséquences sociales de la crise économique des années 80 et des mesures financières préconisées en réponse. La contribution de ces organisations à la lutte contre le sida ne se réduit pas à une simple contribution financière. Chaque agence définit aux côtés des pays africains ses priorités d'intervention au niveau national et présente désormais aux partenaires internationaux une politique affirmée de lutte contre le sida en Afrique.

Il semble que la lutte contre le sida ait atteint aujourd'hui un stade institutionnel où il n'y a plus vraiment de référence stratégique mondiale unique: ainsi, chaque acteur, gouvernemental ou non gouvernemental, occidental ou africain, prend, au sein du foisonnement des acteurs et des actions de la lutte contre le sida en Afrique, une identité multifactorielle, fondée sur le montant des crédits disponibles, sur des considérations éthiques vigilantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida et sur un axe prioritaire d'intervention: le plus souvent la mobilisation sociale, le diagnostic et le traitement précoce des MST et la promotion des préservatifs, parfois la sécurité transfusionnelle, très peu le dépistage volontaire de la population ou plus spécifiquement des femmes enceintes, la prise en charge médicale des malades, ou la promotion de la recherche africaine en sciences sociales, notamment en économie de la santé (qui permettrait d'identifier des alternatives au financement des soins de ces patients chroniques).

Dans le concert des intervenants internationaux impliqués dans la lutte contre le sida en Afrique, qu'ils soient chercheurs, épidémiologistes, membres d'associations ou d'institutions gouvernementales ou multilatérales, la place des autorités ou des techniciens sanitaires nationaux reste imprécise. Au début de l'épidémie, les responsables ivoiriens n'ont pas su, ou n'ont pas pu, tirer profit de la diversité des offres d'aide dont ils faisaient l'objet et exploiter leurs contradictions, de sorte que la tutelle s'exerçait effectivement. La tutelle est en pratique désormais partagée. Mais la notion de tutelle persiste, représentée aujourd'hui par l'ONUSIDA. Et les stratégies continuent d'être élaborées et proposées par les « experts » occidentaux: en l'absence de stratégie de référence unique, la plupart des organisations internationales définissent désormais « leurs » priorités. Or l'expertise technique et la capacité de négociation, pourtant acquises par les responsables des programmes

nationaux de lutte contre le sida, leurs équipes et certains de leurs partenaires, sont, en bien des endroits d'Afrique de l'Ouest, ignorées. Les temps de dialogue entre les techniciens (et non les politiques) des pays du Sud avec les représentants des organisations internationales du Nord sont toujours trop brefs et politiquement liés. En même temps la demande de responsabilisation des autorités sanitaires nationales est manifeste de la part des institutions internationales. C'est l'ambiguïté actuelle des relations Nord-Sud: les institutions du Nord ne privent-elles pas les équipes nationales, tout en ayant un discours inverse, du champ conceptuel d'élaboration des stratégies?

La multiplicité des partenaires internationaux ne résoud pas la question de la tutelle ni celle de la façon de l'exercer, tant qu'il n'y a pas une réflexion sur une approche nouvelle des relations internationales autour de l'aide publique au développement. Elle a cependant pour effet la diversification des actions mises en oeuvre. Cependant, certains points de la prévention ou de la prise en charge du sida, sont, contre toute attente compte tenu des profils épidémiologiques, encore aujourd'hui, non suffisamment pris en compte par les acteurs de la lutte contre le sida en Afrique, et nous proposons de les développer dans la seconde partie de ce travail. Quelque soient les objectifs mentionnés à cet égard, les activités relatives menées sur le terrain restent très limitées au cours de la période.

Il s'agit de :

- développer toutes les stratégies relatives à la prise en charge médicale et sociale des malades : la formation des personnels de santé à la prise en charge des malades, l'extension du dépistage sérologique, l'accès économique des patients au traitement ambulatoire même symptomatique des

infections opportunistes et discuter les questions relatives à l'accessibilité des malades aux antirétroviraux

- de situer la place des associations de personnes vivant avec le VIH dans le dispositif de lutte contre le sida en Afrique
- de traiter des aspects relatifs à la prévention et à la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant.

Nous insistons sur le fait que les ressources financières ne manquent pas, en tous cas en Côte d'Ivoire, pour mettre en oeuvre ces stratégies complémentaires aux actions de sensibilisation des populations et de promotion des préservatifs en cours.

DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS D'ELEMENTS STRATEGIQUES POUR VAINCRE LE SIDA EN AFRIQUE

INTRODUCTION : les stratégies à développer

ETUDE DE CAS :

Chapitre I: La prise en charge médicale et sociale du sida

I- 1- Former les personnels de santé au dépistage et conseil dans l'infection à VIH: l'expérience du PNLS/MST/TUB de Côte d'Ivoire sur la période 1987-1997

I- 2- Coûts et financements de la prise en charge médicale des patients atteints de sida

I-3- L'accessibilité des patients VIH+ africains aux thérapeutiques antirétrovirales

Chapitre II: Impliquer les personnes vivant avec le VIH/sida

Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH pour lutter contre le sida et ses effets sociaux en Afrique?

Chapitre III: Christine, jeune femme séropositive en Côte d'Ivoire

Réflexion sur la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant en Afrique

INTRODUCTION : LES STRATEGIES A DEVELOPPER

La prévention de la transmission sexuelle et sanguine du VIH reste en 1996 en termes d'activités effectivement menées et de niveau de dépenses du PNLs, la priorité. D'autres stratégies, pourtant initialement prévues dans la stratégie mondiale et mentionnées sur les premiers Plans du Programme ivoirien, n'ont pas ou très tardivement mises en œuvre sur le terrain.

III-1. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION NOSOCOMIALE ET AU PERSONNEL DE SANTE

Les mesures de prévention de la transmission du VIH par voie sanguine, notamment en milieu de soins, tant vis-à-vis des patients que des personnels de santé, ne figurent pas, jusqu'en 1996, comme une activité du Programme. L'objectif de la prévention de la transmission nosocomiale du virus VIH et aux personnels de santé figurait bien dans le PCT et le PMT1, mais disparaît dans le PMT II, puis réapparaît dans le Plan National publié fin 1996. Ceci est d'autant plus préoccupant dans les maternités urbaines que près de 15% des femmes enceintes sont séropositives (Sylla-Koko et al, 1995) et dans les dispensaires urbains où un patient sur cinq en ambulatoire est séropositif (Anglaret et al, 1998).

III-2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SEROPOSITIVES ET DES MALADES DU SIDA

Certains éléments de la politique de prise en charge sont élaborés jusqu'en 1995 par un sous-comité clinique consultatif du PNLs, aux réunions épisodiques dont les membres sont des personnels médicaux hospitalo-universitaires plein-temps peu disponibles pour cette charge de travail supplémentaire. La politique de prise en

charge des malades se définit progressivement au niveau central et consiste en: l'élaboration en 1993 d'algorithmes de traitement des infections opportunistes sur la base de la liste des médicaments essentiels disponibles à la Pharmacie de la Santé Publique; l'élaboration en 1994 d'une stratégie diagnostique biologique peu coûteuse excluant la confirmation par Western-Blot chez les personnes symptomatiques selon les recommandations plus économiques de l'OMS (Van Der Groen et al, 1992) (Van Kerckhoven et al, 1991). Les actions se poursuivent en 1994 et 1995 par l'élaboration de modules pédagogiques et la production de supports destinés aux personnels soignants médicaux et sociaux, et par l'organisation de sessions de formation des personnels de santé de l'ensemble des régions du pays sur la période 1994-1997 (Kerouedan et al, 1995(b)). Une politique nationale d'approvisionnement et de distribution des réactifs sérologiques centralisés par la Pharmacie de la Santé Publique, et de tarification dans le secteur public de soins, est soumise au Ministère de la santé en janvier 1997 (PNLS/MST/TUB, 1997).

L'implication des personnes vivant avec le VIH/Sida est tardive: il faut attendre 1994 pour voir se constituer les deux premières associations de personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire, et l'année 1995 pour observer la mise en oeuvre sur le terrain de leurs premières activités de soutien aux malades, initialement à partir des formations sanitaires (Berche[†] et al, 1996), puis de façon plus autonome avec les patients à leurs domiciles.

La question des mécanismes de financements des soins pour les malades du sida n'est pas soulevée par les différents Plans du PNLS. Peut-être les autorités sanitaires supposent-elles que ces malades utilisent l'offre de soins comme les autres et s'insèrent de ce point de vue dans les mécanismes existants de

financement des soins. Ceci est sans doute vrai au début de leur maladie. La maladie évoluant, les recours de ces malades chroniques se multiplient et leurs dépenses de santé sont élevées (Kadio et al, 1993) et dépassent en moyenne celles des autres patients (Kerouedan et al, 1995). Ce sont des malades qui s'appauvrissent au cours de leur maladie et appauvrissent leurs familles (Béchu et al, 1995), du fait des dépenses de santé, mais aussi du fait de la perte des activités génératrices de revenus, soit du fait de leur état de santé soit du fait de comportements de discrimination sur les lieux de travail (Aventin, 1996) (Aventin, 1997). Il s'agit de trouver, sur la base d'études préalables des coûts, des mécanismes de financements plus adaptés à la multiplicité de leurs recours, incluant les frais de consultations, les examens paracliniques et les prescriptions thérapeutiques.

III-3. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH ET LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DU SIDA DE LA MERE ET DE L'ENFANT

L'objectif de la prévention de la transmission materno-foetale et les questions de sida de la mère et de l'enfant figurent d'un Plan à l'autre depuis la création du Programme, le plus souvent succinctement, parfois de façon individualisée, parfois de façon intégrée au volet de la prise en charge et de soins, sans qu'aucune action ne soit jamais menée ou financée de manière spécifique à cet égard depuis 1987. Même à partir de 1992 alors que le sex-ratio des cas de sida se rapproche de 1 et que 12 % des femmes enceintes sont séropositives dans la capitale ivoirienne au début de l'année (Adjorlolo et al, 1994), la stratégie mondiale reprise par le PMT II en 1993 ne mentionne pas cette priorité. De manière étonnante, aucune institution internationale ne propose, malgré l'importance de la séroprévalence des femmes enceintes confirmée en 1995 (Sylla-Koko et al, 1995), de financer des actions relatives à ces aspects. Il faut attendre le Plan National de Côte d'Ivoire de 1996 pour que, à l'initiative du PNLS/MST/TUB, des activités spécifiques à ce volet soient programmées, selon les propositions d'un comité consultatif ivoirien indépendant du PNLS entre 1993 et 1995 (Groupe de Réflexion consultatif auprès du PNLS, 1995). Les recommandations de ce groupe de travail pour réduire la transmission mère-enfant du VIH, cohérentes avec les perceptions de la population sur le sida et la procréation (Dédry et al, 1995), se résument comme suit: développer des actions de sensibilisation des filles et des jeunes mères aux questions de la transmission du VIH pendant la grossesse; intégrer les actions d'espacement des naissances aux activités de sensibilisation et de prévention du sida et des MST envers les femmes; instaurer le dépistage volontaire des femmes

enceintes dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et les maternités; former les personnels de santé des PMI et maternités aux questions relatives au sida de la mère et de l'enfant, telles que le diagnostic d'infection ou de non infection d'un enfant né de mère séropositive, les conseils à donner à des parents séropositifs ; nuancer les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF (OMS,1987) (OMS/UNICEF,1992) et celle de l'ONUSIDA (ONUSIDA,1996) sur l'allaitement de bébés nés de mère séropositives, par l'accompagnement d'un sevrage progressif du nourrisson et la diversification alimentaire à partir de l'âge de 6 mois. Des actions pilotes de sensibilisation et de dépistage volontaire des femmes enceintes, sont alors mises en oeuvre dans les communes urbaines de la capitale, dans le cadre du Projet Santé Abidjan financé par la Coopération française.

III-4. LA PROMOTION DE LA RECHERCHE MEDICALE

La recherche virologique, immunologique et bio-moléculaire de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire figure comme objectif des premiers Plans. Initialement l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire est choisi par l'OMS comme le laboratoire national de référence pour le VIH2. L'OMS finance une partie de l'équipement et de l'activité de ce laboratoire au début de l'épidémie. Une antenne du Centers for Diseases Control (CDC) d'Atlanta lance à la fin des années 80 un vaste programme de recherche épidémiologique sur le VIH1, le VIH2, la transmission materno-foetale et postnatale tardive du VIH, et les sur liens épidémiologiques entre VIH-tuberculose et VIH-MST. Des projets de recherche cliniques et virologiques franco-ivoiriens, sont mis en oeuvre en Côte d'Ivoire à partir de 1994 en collaboration avec l'Agence française Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS),

c'est le Programme de recherche PAC-CI: PNLS/ANRS/Coopération française-Côte d'Ivoire. Deux essais cliniques sont en cours: Zidovudine contre placebo chez les femmes enceintes et chimioprophylaxie des infections opportunistes par Cotrimoxazole contre placebo, chez les malades aux stades I et II en ambulatoire. L'histoire naturelle de la maladie VIH en Afrique est explorée dans le cadre des protocoles de recherche de la Fondation Mondiale pour la Recherche du Pr Luc Montagnier. Tous ces projets équipent les laboratoires nationaux, forment des personnels de santé et des chercheurs et suscitent la collaboration Nord-Sud dans le domaine de la recherche sur le sida.

ETUDE DE CAS

Nous nous intéressons ici plus précisément à trois aspects de l'épidémie:

- 1- La prise en charge des malades du sida. Nous avons souligné le peu d'intérêt de la stratégie mondiale puis des bailleurs de fonds à l'égard de cet aspect de l'épidémie. Il nous semble pourtant que l'accès au dépistage volontaire et au conseil, le suivi de personnes séropositives ou malades et de leurs familles, sont des actions de prise en charge immédiatement effectives en termes de prévention (du fait de la connaissance par l'intéressé de son statut sérologique et du fait des conseils qui pourraient lui être communiqués), même si les arguments sur ce point sont partagés (Dab, 1992) (Raynaut, 1996). Certains auteurs sont convaincus de la nécessité de développer le dépistage et le conseil (Muller et al, 1992) (Heyward et al, 1993) (Desclaux et al, 1998), et d'autres sont moins convaincus de son impact sur le changement de comportements, notamment vis-à-vis de l'utilisation des préservatifs ou du désir d'une nouvelle grossesse (Allen et al, 1992) (Allen et al, 1993). Nous analysons ce volet de la prise en charge des malades de trois points de vue :

- celui de l'implication des personnels de santé et notamment des médecins. Nous verrons que (paradoxalement?), pendant que différentes parties de la société se mobilisent (Kerouedan et al, 1993), le corps médical reste plutôt silencieux et passif vis-à-vis des malades atteints de sida (Gruesnais, 1994) (Gruesnais et al, 1994) (Blibolo et al, 1994) (Vidal, 1996) (Union Européenne et al, 1997), manquant ainsi à ses devoirs de prévention et de prise en charge d'une épidémie, et nous nous étonnons que ce constat soit bien toléré des pouvoirs

publics et des Ordres Nationaux des Médecins (Kerouedan et al, 1998).

- Nous faisons le point de l'accessibilité économique des patients aux traitements des infections opportunistes en ambulatoire: le malade atteint de sida appauvri a bien souvent peu accès même aux traitements antiinfectieux simples (Kerouedan et al, 1995) (Kerouedan, 1997 (a)) (Union Européenne et al, 1997). Ce point serait en grande partie résolu par la disponibilité des médicaments génériques en ambulatoire.
- Enfin nous commentons la question de l'accessibilité des malades africains aux thérapeutiques spécifiques antirétrovirales (Esmel et al, 1997) (Kerouedan, 1997) (Coulaud et al, 1997(a)) (Coulaud et al, 1997 (b), largement reprise par les politiciens et les médias occidentaux à l'occasion de la Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique à Abidjan en décembre 1997.

2- Nous faisons le point de ce que peut être, au-delà du « politiquement correct », la contribution des personnes vivant avec le VIH à la lutte contre l'épidémie en Afrique. Certes ils doivent être associés à l'élaboration des stratégies de prévention et de prise en charge, aux décisions les concernant et aux actions sur le terrain. Il nous semble cependant important de préciser quels pourraient être les axes prioritaires de leurs interventions et les modalités pratiques de leur contribution, en sachant qu'on ne s'improvise pas dans le cadre d'une épidémie aussi complexe, acteur de santé publique.

3- La question spécifique de la prévention et de la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant. Ici nous décrivons un cas, celui de Christine, jeune femme séropositive ivoirienne militante, dont la séropositivité est révélée par la mort de son troisième enfant atteint de sida, et qui choisit, nous verrons pourquoi, d'avoir une nouvelle grossesse. Il nous semble que ce choix éclairé dans ce cas, met en jeu à la fois la responsabilité individuelle et les limites de la santé publique dans un contexte privé de prévention thérapeutique de la transmission verticale.

CHAPITRE I

CHAPITRE I : LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOCIALE DU SIDA

I-1. Former les personnels de santé au dépistage et conseil dans l'infection à VIH:
l'expérience du PNLS/MST/TUB de Côte d'Ivoire sur la période 1987-1997

I-2. Coûts et financements de la prise en charge médicale du sida

I-3. L'accessibilité des malades africains aux antirétroviraux: « Tous Unis dans l'Espoir? »

I-1. FORMER LES PERSONNELS DE SANTE AU DEPISTAGE ET CONSEIL DANS L'INFECTION A VIH: L'EXPERIENCE DU PNLS DE CÔTE D'IVOIRE

Résumé

La prise en charge des malades atteints de sida et la limitation de l'impact de l'épidémie ne deviennent des aspects prioritaires de la lutte qu'à partir de 1993 dans les textes et 1995 sur le terrain ivoirien, pionnier dans ce domaine en Afrique de l'Ouest, pendant que le nombre de cas de sida ne cesse de croître et atteint 37 898 fin 1996. Ainsi la stratégie de prise en charge implique que soient mis à la disposition des personnels de santé trois instruments: la compétence (les personnels sont recyclés sur tous les aspects de la nouvelle pathologie), les réactifs sérologiques de diagnostic de l'infection à VIH, et les médicaments (essentiels dont les génériques) pour le traitement symptomatique des infections opportunistes en soins ambulatoires et en hospitalisation. La question de l'accès aux traitements antiviraux est traitée séparément.

Après avoir brièvement décrit les éléments de la politique de prise en charge élaborée par le PNLS, nous développons ici les stratégies de formation des personnels de santé et leurs résultats en termes d'attitudes et de pratiques attendues des équipes soignantes vis-à-vis de cette pathologie et de ces malades. Nous analysons, à stratégie de formation équivalente, la diversité des résultats obtenus en fonction de plusieurs facteurs de succès ou d'échec: selon que le service de soins est public ou privé à but non lucratif, selon la disponibilité in situ des réactifs sérologiques et/ou des médicaments essentiels et leurs prix, selon la capacité ou non des personnels à travailler en équipe, la surcharge de travail liée aux aspects psychosociaux de la prise en charge, selon l'existence aussi d'activités de recherche clinique au sein de la formation sanitaire, etc.

Ceci nous permet de constater que malgré tous les efforts faits envers les personnels de santé, et parfois malgré la disponibilité des réactifs et des médicaments essentiels, ceux-ci restent extrêmement réticents à prendre en charge ces malades. Nous émettons alors l'hypothèse que les personnels de santé, formés en nombre limité et tardivement, continuent, plus de dix ans après le début de l'épidémie, à avoir peur d'évoquer cette pathologie qu'ils ont beaucoup de difficultés à intégrer à leur pratique courante.

Nous proposons que ces stratégies de formation soient évaluées, et qu'une étude, quantitative et qualitative, soit menée auprès des personnels de santé, pour mesurer et comprendre les obstacles des soignants à parler du sida à leur malade, alors que les évolutions des responsables politiques, de la société civile et des malades eux-mêmes vis-à-vis de cette pathologie sont par ailleurs manifestes.

I-1.1. LES LIMITES DE LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DU PNLS

Quels que soient les efforts de formation entrepris par le PNLS, si la formation a pour objectif de rendre des équipes soignantes opérationnelles en périphérie, il importe que cette formation s'inscrive dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge clairement définie, opérationnelle et *préalablement* diffusée. Or la stratégie de prise en charge est tardivement élaborée: elle est finalisée parallèlement à l'organisation des sessions de formation.

- la disponibilité des réactifs sérologiques VIH

Les mécanismes d'approvisionnement en réactifs sérologiques, qui assure la disponibilité, la continuité et l'accessibilité du diagnostic sérologique dans les formations sanitaires publiques du pays, ne sont élaborés au plan national qu'en 1997. Les réactifs sont jusqu'ici disponibles au gré des dons de la communauté internationale, ce qui rend difficile l'application, par les personnels de santé, d'une stratégie de diagnostic biologique définie par les instances nationales compétentes sur un choix de réactifs sérologiques précis.

- La disponibilité des médicaments essentiels

La disponibilité des médicaments essentiels et génériques dans les services publics de soins relève plus de la politique du médicament menée par le Ministère de la Santé Publique en Côte d'Ivoire que des attributions du PNLS/MST/TUB. Certes le médicament essentiel est disponible en Côte d'Ivoire, mais il l'est surtout pour les malades hospitalisés. En effet, une directive ministérielle de 1993 renouvelée en 1995 et toujours en vigueur, interdit la délivrance du médicament en ambulatoire au-delà de un jour de traitement. Ceci compromet l'effectivité et la qualité de la décentralisation de la prise en charge ambulatoire d'une pathologie de longue durée. Les malades doivent se rendre à l'officine privée pour prendre leurs médicaments, mais la facture de l'officine privée est trop élevée et les patients s'en

retournent insatisfaits. Neuf dixième des patients ambulatoires de la formation sanitaire urbaine de Marcory dans la capitale ne bénéficient pas des médicaments pour lesquels la formation sanitaire dispose pourtant d'un budget annuel et qui sont en général disponibles à la formation sanitaire! A San Pedro, une ville de l'Ouest du pays, 90% des malades en consultation à l'hôpital n'achètent pas les médicaments à la pharmacie de l'hôpital (Union Européenne et al, 1997). Les patients orientent leurs itinéraires thérapeutiques en dehors du système public de soins puisqu'ils n'y trouvent pas ce qu'ils viennent chercher dans la médecine moderne, les médicaments. Le Ministère de la Santé Publique a été interpellé sur cette question par le PNLS/MST/TUB et une négociation est en cours. Il semble que le ministre de la santé soit réceptif à la levée de cette disposition au bénéfice des malades du sida. Un projet de lettre aux formations sanitaires publiques ordonnant la distribution des médicaments essentiels en ambulatoire sans restriction de durée pour les malades du sida est en préparation. L'étape suivante est d'obtenir que les médicaments essentiels soient officiellement disponibles en ambulatoire pour l'ensemble des malades.

I-1.2. STRATEGIES DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIH/SIDA

La formation des personnels de santé a pris diverses formes depuis l'apparition de la maladie en 1985 et la mise en place du programme national de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire en 1987.

I-1.2.1. SENSIBILISATION 1987-1993

Au début, le PNLS réunissait en séminaire un échantillon de personnels de différentes disciplines médicales et de différentes formations sanitaires publiques du pays pour une durée d'une demi-journée à deux jours. Le contenu du programme était simple et axé sur le diagnostic clinique de sida, les examens sérologiques à pratiquer, et le traitement des infections opportunistes. L'objectif était

essentiellement d'informer les personnels de santé sur l'état d'avancement de l'épidémie et de leur permettre de reconnaître la pathologie. Le PNLS espérait que les personnels informés abordent sereinement cette pathologie et l'intègrent à leur pratique de routine dans les meilleurs délais. Ceci ne nous apparaît pas, à posteriori, avoir été une véritable formation mais plutôt une sensibilisation des personnels de santé sur cette nouvelle pathologie.

I-1.2.2. TECHNIQUES DE FORMATION 1994-1996.

L'objectif du PNLS/MST n'est plus seulement d'apporter des informations ou des connaissances cliniques sur le sida, mais d'amener les personnels de santé à constituer des équipes ambulatoires de prise en charge médicale et psychologique des malades du sida intégrées aux structures de soins existantes, fidéliser et accompagner les malades tout au long de leur pathologie. Afin de constituer ces équipes, des personnes disposées à s'occuper des malades atteints de sida sur leurs sites respectifs d'exercice à l'issue de la formation, sont identifiées.

La stratégie de formation consiste en l'apport de connaissances théoriques accompagnées de supports pédagogiques, l'initiation lors d'un stage à la pratique du pretest et à l'annonce de la sérologie. Enfin un suivi et la supervision mensuels des équipes sur leurs lieux de travail est assuré par une équipe du PNLS et un formateur pendant 6 mois aux décours de la formation.

- Identification des personnes à former

Etant donné la vocation que l'activité de suivi des malades atteints de sida exige, notons que les pionniers de la prise en charge des malades du sida en Côte d'Ivoire sont en plusieurs lieux confessionnels (Williams et al, 1995), la phase d'identification des personnes à former semble être une étape essentielle. Ces personnes ont été identifiées par site, et choisies de façon à constituer une équipe de prise en charge d'une dizaine de personnes, composée chaque fois au moins d'un

médecin, d'une assistante sociale, d'un infirmier et d'une sage-femme, tous volontaires à exercer cette tâche future.

- Formation théorique multidisciplinaire

Les personnels de santé bénéficient alors d'une semaine de formation dont le contenu du programme est diversifié: ainsi sont abordés l'épidémiologie du sida en Côte d'Ivoire, les aspects médicaux incluant la diffusion des algorithmes de traitement des infections opportunistes et les aspects gynécologiques et pédiatriques, la stratégie de diagnostic biologique sérologique, les aspects liés à la prévention de la transmission en milieu de soins. La formation prévoit aussi les aspects éthiques et déontologiques de l'infection à VIH et consacre un temps important à tous les aspects psychologiques: préparation du patient au test, annonce du résultat, soutien, conseil et suivi du malade ou de sa famille s'il le souhaite. Des personnes vivant avec le VIH/sida participent à cette formation. Les formateurs sont des praticiens de la prise en charge et du conseil. Ils sont choisis parmi les structures existantes de conseil et de prise en charge des malades, le Centre National Transfusion Sanguine, le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIPS), l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil (USAC) du CHU de Treichville, le Centre d'Assistance Socio-Médicale de Treichville et le Centre Antituberculeux d'Adjamé à Abidjan. Les personnes vivant avec le VIH/sida ont été associées comme formateurs sur une partie de la formation théorique. Le contenu de la formation est défini en concertation avec le PNLS et les modules sont élaborés par les formateurs. La méthodologie inclut présentations orales, présentation de transparents, distribution de supports écrits, animation et jeux de rôles, etc.

- Des supports pédagogiques sont distribués: un guide des algorithmes de traitement des infections opportunistes pour l'adulte, un guide spécifique pour la femme et l'enfant, un guide de conseil pour tous les aspects relatifs à l'annonce du

résultat édité par l'OMS, un fascicule sur la pathologie Sida en général, des documents relatifs au sida de la mère et de l'enfant, des documents sur les aspects éthiques de l'infection à VIH.

- Stage pratique dans une structure de Conseil

Tous les bénéficiaires de la formation passent une semaine dans une structure de dépistage et de conseil, pour se familiariser avec le pretest, l'annonce du résultat sérologique, le soutien psychologique, la prise en charge médicale, les aspects déontologiques et éthiques de leur pratique.

Afin de permettre aux équipes soignantes de s'impliquer très rapidement aux décours de la formation, les formations sanitaires ont été équipées en réactifs sérologiques et les techniciens de laboratoires ont été formés aux techniques des tests rapides fournis parallèlement à la formation. La stratégie diagnostique et les circuits de réapprovisionnement en réactifs ont été communiqués aux prescripteurs et aux techniciens de laboratoires, dans les mêmes délais.

- Le suivi des équipes soignantes à l'issue de la formation et la mise en place des équipes de prise en charge

Nous avons considéré du point de vue stratégique cette étape comme étant une partie intégrante de la formation. Anticipant les difficultés des personnels de santé à passer à la pratique du conseil et de la prise en charge, nous avons souhaité les accompagner aux décours de la formation. Les équipes formées ont ainsi été suivies mensuellement pendant six mois sur chaque site par une équipe de suivi composée d'un membre du PNLS et d'un des membres de l'équipe de formateurs de la partie théorique ou pratique. Une grille de suivi standardisée sur chaque site et pour chaque formateur permet de recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur les activités effectivement menées ou les raisons pour lesquelles elles ne le sont pas. Deux ans après l'arrêt du suivi des équipes une étude

d'évaluation quantitative et qualitative des activités est en cours. Nous pouvons néanmoins à ce stade faire quelques commentaires.

I-1.3. RESULTATS

Le suivi des équipes formées dans les autres régions du pays n'étant pas achevé, nous nous limiterons à commenter quelques aspects liés à la décentralisation des activités de soins et de conseil des malades du sida en région sud et notamment dans la capitale Abidjan. Environ 150 personnes ont été formées sur 19 sites ambulatoires, 16 formations sanitaires urbaines publiques (FSU) et 3 formations sanitaires à base communautaire privées à but non lucratif (FSUCOM). Un site est dit opérationnel vis-à-vis de la prise en charge des malades si: l'équipe formée suspecte le diagnostic sur les signes cliniques et évoque le diagnostic avec le malade, pratique un pretest; la sérologie est faite avec le consentement du patient; si la sérologie est pratiquée sur place avec le laboratoire approvisionné en tests rapides; le résultat est communiqué personnellement au patient et le secret médical respecté; si les règles de confidentialité sont respectées entre le laboratoire et la consultation médicale; le patient est traité pour ses infections opportunistes et reçoit des médicaments essentiels pendant toute la durée de sa maladie. L'objectif est atteint si le malade est fidélisé lors de la prise en charge de sa pathologie chronique.

Cinq de ces sites sont devenus des sites de recherche clinique où les malades atteints de sida sont inclus dans un protocole de chimioprophylaxie des infections opportunistes par Cotrimoxazole dans le cadre d'un projet de recherche ANRS-Coopération française. On considère ces cinq sites comme opérationnels du point de vue de la prise en charge des malades, au moins pendant la durée de l'essai, même s'ils ont fait l'objet de recrutements de personnes spécifiquement formées pour l'étude. Deux d'entre eux sont des FSUCOM. Ces centres n'ont plus le profil de structures de routine puisque les protocoles offrent gratuitement aux patients les

consultations, les examens biologiques et les médicaments pour le traitement des infections opportunistes ou de toute affection intercurrente, ainsi que les frais de transport du domicile à la formation sanitaire. Ceci facilite sans doute considérablement la tâche du médecin et la fidélisation des malades.

Les activités des autres sites sont très variables au cours de la période. La période de supervision incite au lancement et au maintien des activités. A l'arrêt du suivi des équipes soignantes à six mois, les activités diminuent et sont quasiment suspendues deux ans plus tard sur la plupart de ces sites, malgré la disponibilité des réactifs sérologiques, et une amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels en périphérie compte-tenu des mesures d'accompagnement prises après la dévaluation du FCFA (Guessan Bi, 1994). Des données quantitatives précises seront disponibles à l'issue de l'étude d'évaluation.

I-1.4. DISCUSSION: LUTTER CONTRE UNE EPIDEMIE SANS LES PERSONNELS DE SANTE

Dix ans après le début de l'épidémie et la mise en place du programme de lutte contre le sida dans le pays le plus touché d'Afrique de l'Ouest, contrairement à celle des autres secteurs de la société, l'attitude générale des personnels de santé du secteur public de soins vis-à-vis de cette pathologie a peu évolué: peu de médecins préparent les malades au prélèvement et à l'examen sérologique, et leur annoncent la séropositivité. En Côte d'Ivoire, les sites de prise en charge des malades atteints de sida restent en 1997 globalement ceux qui avaient émergé spontanément dès 1991 et 1992. Mais le processus est en cours: des stages pratiques de conseil sont proposés aux équipes de chaque région de l'intérieur du pays cette fois.

En attendant les résultats de l'étude d'évaluation, il semble que l'on puisse dégager des facteurs favorables à l'émergence d'unités de prise en charge, et des éléments non favorables.

I-1.4.1. FACTEURS DE SUCCES

- La nature confessionnelle de l'initiative

L'initiative spontanée d'organiser une équipe de prise en charge des malades atteints de sida au début des années 90 est motivée souvent par un environnement confessionnel: le Centre d'Assistance Socio-Médical (CASM) de Treichville, l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil du CHU de Treichville (USAC) à laquelle s'apparente le Centre de Dépistage volontaire anonyme et gratuit (CIPS) fondé par la même équipe associative ESPOIR-Côte d'Ivoire, l'Unité de Dépistage et de Conseil de l'Hôpital Protestant de Dabou et celle de l'Hôpital Baptiste de Ferkéssédougou au Nord du pays, sont toutes des unités spécialisées de soins ambulatoires et de conseil pour les malades du sida d'inspiration confessionnelle. L'Unité de Soins Ambulatoires du CHU de Treichville (USAC), hôpital de jour pour les malades du sida, est une unité du service des Maladies Infectieuses du CHU dont les activités se sont déroulées en liaison avec l'association ESPOIR-Côte d'Ivoire, créée pour apporter un soutien aux malades du sida, notamment un soutien en médicaments gratuits. La seule structure de prise en charge ambulatoire des malades du sida véritablement publique spontanément émergente au début des années 90 est le Centre Anti-Tuberculeux (CAT) d'Adjamé à Abidjan. Les CAT de l'ensemble du pays sont devenus des sites de suivi ambulatoire des malades tuberculeux VIH+. L'initiateur de ce phénomène est un peu plus tard devenu l'artisan de l'intégration du programme de lutte contre la tuberculose au programme de lutte contre le sida et les MST.

- Le cas particulier des FSUCOM

Un autre facteur semble lié à la nature même de la structure: c'est le cas des FSUCOM, où 100% des équipes formées ont intégré la prise en charge du sida dans leurs activités quotidiennes. Les FSUCOM sont des formations sanitaires urbaines à base communautaire privées à but non lucratif, gérées par les associations d'usagers. Le médecin non fonctionnaire est salarié sur les revenus du

centre. Celui-ci est tenu de satisfaire et fidéliser sa clientèle puisque son salaire est financé sur les revenus du centre. La qualité de la relation médecin-malade et des soins y est certainement meilleure à l'ouverture des centres. En outre, les médicaments génériques sont disponibles et fournis aux patients sans restriction de durée de traitement et à très bas prix. L'ordonnance moyenne de sortie pour un traitement ambulatoire est d'environ 900 FCFA (Barbé, 1996), alors qu'à la pharmacie de la formation sanitaire publique, si les médicaments sont disponibles, le montant de l'ordonnance atteint près de 5000 FCFA. Un système d'abonnement annuel à la FSUCOM offre à sept membres de la famille des réductions de 50% sur les consultations. Ceci rend très attrayant ce type de structure aux malades chroniques. Plus de 50% des malades du sida suivis en ambulatoire en 1996 à Abidjan fréquentent trois de ces centres. A la FSUCOM d'Anonkouakouté, plus de 40% des malades ambulatoires sont séropositifs (Union Européenne et al, 1997), même si le motif de consultation ambulatoire n'est pas repéré comme une symptomatologie liée au sida dès la première visite. Au cours de la période d'observation la FSUCOM d'Anonkouakouté suit 140 malades et la formation sanitaire publique de Marcory dans un autre quartier de la capitale, en suit 21.

- La disponibilité des médicaments à bas prix

Le facteur le plus constant aux sites de prise en charge "à succès", est la disponibilité à la FSU des médicaments à bas prix qu'ils soient génériques ou essentiels. Cette disponibilité attire des malades appauvris qui souffrent d'une maladie chronique, et les fidélise. A l'inverse, les médecins sont désemparés d'annoncer à un patient qu'il est infecté par le VIH, s'il n'a rien à lui offrir que des conseils. En outre un malade non traité n'est pas réceptif aux conseils, d'autant qu'ils sont le plus souvent confrontés à une telle misère sociale: comment les amener à améliorer leur hygiène de vie, diversifier leur alimentation, changer de comportement sexuel, si les conditions économiques ne le leur permettent pas?

I-1.4. 2. LES FACTEURS D'ECHEC

Il faut bien reconnaître que les résultats obtenus à l'issue de la formation des personnels de santé des formations sanitaires publiques des communes d'Abidjan ne sont pas ceux que le PNLS espérait raisonnablement atteindre. Il semble que les résistances proviennent bien des équipes soignantes envers lesquelles des efforts ont pourtant été faits pour rendre les instruments de la prise en charge disponibles et leur faciliter la tâche, si ardue soit-elle. Diverses hypothèses se discutent.

- Peut-on remettre en cause la stratégie de prise en charge ou de formation du programme national?

La stratégie de prise en charge des malades du sida, le contenu de la formation, la méthodologie et sa durée sont-ils correctement conçus, élaborés et diffusés? La durée du suivi et sa méthodologie sont-elles satisfaisantes? Il est prévu que l'étude d'évaluation, en interrogeant les personnels formés, les personnels non formés sur les mêmes sites, les formateurs, les bénéficiaires et les autorités sanitaires, tente de répondre à ces questions. Notons tout de même que les personnels des FSUCOM ont suivi la même formation (contenu et durée) que les personnels des formations sanitaires publiques.

- Que disent les personnels formés?

Qu'invoquent les soignants, au cours du suivi des équipes formées, pour expliquer leurs résistances à intégrer cette pathologie dans leur activité de routine?

Décentraliser sans intégrer: mieux vaut verticaliser

Les personnels de santé attendent du PNLS/MST que celui-ci "installe" les équipes de prise en charge dans les formations sanitaires, responsabilise des personnes, fournisse des réactifs et des médicaments. Ils demandent un local spécial. Ils demandent que du personnel soit spécifiquement affecté à ces tâches, même si tous demandent à être formés. Si des unités spécialisées existent pourquoi eux feraient-ils ce travail? Ils craignent tous le temps à consacrer à cette tâche, même si la

fréquentation de leur centre reste faible et s'ils travaillent une demi-journée par jour.

Une motivation pécuniaire

Ils demandent à bénéficier d'une part du "gâteau sida" sous la forme d'une indemnité de motivation puisqu'« il y a tant d'argent pour le sida ». Cette activité qui s'ajoute à celles existantes, exige, disent-ils, une rémunération supplémentaire.

La peur

Ils ont peur de la réaction du malade: d'être agressé, de susciter un suicide, d'être pris par le patient pour responsable de sa contamination, de son malheur et de celui de sa famille. Craignent-ils d'être mêlés à des histoires de "sorcellerie" ou "d'empoisonnement" puisque telles sont les interprétations de la maladie? Ils ont peur d'être infectés par leur malade. Ils ont peur de condamner. Ils ont peur...et préfèrent le silence.

L'investissement personnel

Beaucoup de ces personnels de santé, notamment les médecins, mesurent l'ampleur de la tâche avant de la commencer. Ils ne veulent pas se laisser "envahir" par ces malades: la demande médicale, sociale, psychologique, familiale, pour chacun de ces malades et parfois des membres de leur familles, est telle et sans cesse croissante, dans un environnement sans protection sociale, aux services sociaux démunis, avec si peu de relais associatifs compétents et financés, d'alternatives professionnelles à proposer, etc. L'ampleur de la demande les dissuade et justifie leur demande de verticaliser ces activités, de détacher spécifiquement du personnel et de créer des unités ambulatoires spécialisées. C'est aussi ce qui ressort des données de l'enquête menée auprès des personnels de santé des structures publiques en 1996 (Union Européenne et al, 1997).

- Autres questions

Les défaillances du système de santé

L'épidémie de sida révèle tous les dysfonctionnements du système public de soins: si un service de soins est défaillant du point de vue de la qualité des soins offerts, de la qualité de la relation médecin-malade, du respect de la déontologie médicale, de la disponibilité en médicaments, peut-on ajouter aux activités de routine la prise en charge du sida, qui exige par nature, que ces pré requis soient satisfaits? N'assiste-t-on pas à une limite intrinsèque à la décentralisation et à l'intégration et des activités de prise en charge des malades du sida dans ce système de santé?

La relation médecin-malade antérieure à l'épidémie, qui privilégie l'acte curatif à la chaîne sur les données de l'interrogatoire aux dépens de l'examen clinique, et la thérapeutique silencieuse, ne prépare pas les soignants à dialoguer intimement avec leurs patients.

Le fait que les personnels de santé soient peu habitués à travailler en équipe au centre de santé et entre niveaux (périphérique avec hôpitaux secondaires et CHU), ne facilite pas non plus la prise en charge multiple qu'exigent ces patients.

La verticalité de la localisation initiale du PNLS auprès du ministre de la santé est un obstacle supplémentaire à la décentralisation et à l'intégration souhaitée aujourd'hui. L'institution en a fait une pathologie distincte qui compromet aujourd'hui son intégration dans les activités de routine préventives (aucune activité d'information ou de sensibilisation dans les FSU publiques n'incluent les thèmes de sida et MST), ou curatives. La politique de soins de santé primaires et du Paquet Minimum d'Activités actuellement mise en place au niveau des départements du pays et intégrant la composante VIH/sida, devrait désormais favoriser l'horizontalisation des activités de prévention et de prise en charge du sida et leur intégration aux autres services de soins.

La non implication des équipes administratives des différents niveaux de supervision des FSU

La Direction Régionale de la Santé Sud et la direction communale se sont peu impliquées au début lors de la décentralisation des activités de prise en charge des malades du sida, pathologie pourtant reconnue comme priorité de santé publique dans la région. Il est fondamental que les structures publiques de supervision encouragent au moins les équipes formées à mener leurs activités et qu'elles s'approprient la responsabilité de la mise en oeuvre des activités à mener dans leur région.

La résistance des médecins

Le médecin est la personne clé du centre de santé périphérique. S'il résiste il paralyse toutes les initiatives des personnels subalternes du centre. Ainsi une assistante sociale motivée ne peut faire du dépistage et du conseil si le médecin ne lui oriente pas les patients atteints de sida et s'il ne lui reconnaît pas des attributions en la matière.

I-1.5. CONCLUSION

L'épidémie de sida se propage en Afrique de l'Ouest depuis plus de dix ans. Les stratégies de lutte en Afrique, élaborées et financées avec le soutien de la communauté internationale au début, puis par l'implication progressivement croissante du gouvernement, privilégient jusqu'à une période récente les actions de prévention de la transmission sexuelle et sanguine du VIH. Le nombre de malades s'accroît avec son cortège de conséquences économiques et sociales pour les familles au début des années 90. En l'absence de thérapeutiques antivirales, la stratégie mondiale se contente d'inclure la limitation de l'impact de cette maladie et de développer sur le terrain, notamment au niveau des services de soins, des actions de prise en charge et d'accompagnement des malades atteints de sida pour le traitements des infections opportunistes. La Côte d'Ivoire est le seul pays

d'Afrique francophone à avoir tenté l'intégration et la décentralisation de la prise en charge des malades du sida au niveau périphérique dans les formations sanitaires publiques. Ces actions dont la composante formation des personnels de santé est un préalable majeur, se heurtent, comme nous l'avons présenté, à des obstacles de différente nature.

Les attitudes des politiques, de la population, de différents secteurs de la société, notamment le secteur privé, les artistes et les sportifs, mais aussi les séropositifs et les malades eux-mêmes, ont considérablement évolué depuis le début de l'épidémie dans ce pays. A l'opposé, nous sommes obligés de constater que les professionnels de la santé sont paradoxalement des acteurs moins motivés à lutter contre la propagation de cette épidémie. En dehors des mêmes exceptions, malgré les sessions de formation dont ils ont bénéficié, ils continuent souvent à prescrire la sérologie sans le consentement du malade, à ne pas l'informer de sa séropositivité, parfois à violer le secret médical, notamment dans le milieu professionnel. Même si nous avons conscience des contraintes auxquelles doivent faire face ces équipes, nous devons obtenir une contribution plus importante des personnels de santé vis-à-vis de cette pathologie et vis-à-vis de cette épidémie. Que peuvent les autorités sanitaires à l'égard de la passivité des personnels de santé à l'égard de cette maladie? Ne sont-ils pas complices de la propagation de l'épidémie, chaque fois qu'ils prescrivent un test à l'insu du patient et le laissent quitter la consultation sans l'informer de sa séropositivité ni lui prodiguer les conseils minimum? Si l'on ne peut contraindre les soignants à assumer leurs tâches, peut-on au moins établir des directives stratégiques et leur communiquer ce qu'on attend d'eux? Quelle est la sanction du dépistage à l'insu des patients et de la violation du secret médical? L'Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire n'a-t-il pas un mot à prononcer pour rappeler plus que jamais la nécessité du secret médical? Le respect de la déontologie n'est-il pas le meilleur moyen de prévention de nombre de situations qui autrement prennent une tournure juridique? Ne doit-on pas

fondamentalement reformuler les conditions de l'expression d'une éthique du système de santé africain, de motivation de l'ensemble des personnels de santé?

Le PNLS/MST/TUB doit-il réviser sa stratégie de prise en charge et sa stratégie de formation? Le suivi des équipes sur le terrain se poursuit. Nous espérons que peu à peu les équipes soignantes gagnent la confiance suffisante pour parler de sida à leurs patients. Faut-il "parrainer" chaque médecin en périphérie pour l'accompagner sur le terrain à une pratique de la prise en charge, de l'annonce et du conseil, du diagnostic?

Accompagner les malades du sida relève probablement en partie de la vocation. La prise en charge des malades du sida c'est aussi "une affaire de coeur" disent les personnes vivant avec le VIH. Néanmoins, si l'absence d'annonce n'est pas que le fait des médecins, et doit être analysée comme une conséquence des incapacités du système de soins (Dozon, 1993), il est néanmoins du devoir des pouvoirs publics d'obtenir davantage d'effort des personnels de santé pour tenter de limiter au moins l'impact médical et psychologique de cette pathologie et intégrer l'offre de soins à ces malades aux activités quotidiennes des personnels et des services de soins. L'impact social relève, nous en convenons, peut-être davantage des autres secteurs de la société, sans doute mieux des secteurs associatif et confessionnel.

Il s'agit donc de mieux comprendre les obstacles à la décentralisation de la prise en charge du sida en Côte d'Ivoire. Une étude d'évaluation de la formation des personnels de santé en région sud, mais aussi une étude approfondie des comportements attitudes et pratiques des personnels de santé répartis sur l'ensemble du territoire, pourraient être menées. Les résultats de cette étude bénéficieraient à l'ensemble des pays de la sous-région où les autorités sanitaires rencontrent les mêmes obstacles de la part des professionnels de santé peu impliqués en dehors des structures spécifiques isolées en milieu urbain.

I-2. COÛTS ET FINANCEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PATIENTS ATTEINTS DE SIDA

I-2.1. PROBLEMATIQUE

Les stratégies nationales ou internationales de lutte contre le sida n'évoquent pas la question des coûts et du financement de la prise en charge médicale des patients atteints de sida. Or un certain nombre de questions spécifiques à ces patients se posent si l'on prend en compte la chronicité de la maladie, la fréquence et la diversité des manifestations cliniques et des recours thérapeutiques, la multiplicité des examens complémentaires nécessaires aux diagnostics des infections opportunistes, le prix des réactifs sérologiques, enfin le contexte social de cette pathologie qui, à moyen terme, appauvrit les malades et leurs familles en les désinsérant du milieu socio-professionnel et en les privant, du fait de leur inaptitude physique, de toute activité lucrative alors qu'ils ne bénéficient pas de protection sociale. Précisons qu'il n'est question dans ce paragraphe que du financement du traitement des infections opportunistes. La question de l'accessibilité aux thérapeutiques spécifiques antirétrovirales est abordée séparément au chapitre suivant.

Si le patient peut être mis à contribution, il ne peut pas assumer seul les frais de sa maladie étant donné la fréquence des épisodes ambulatoires et la gravité des motifs d'hospitalisation (Union Européenne et al, 1997). Il s'agit donc de trouver pour lui des mécanismes de financement plus adaptés à la multiplicité de ses recours, incluant les frais de consultations, les examens paracliniques et les prescriptions thérapeutiques, éventuellement leurs frais de transport du domicile à la formation sanitaire. Ces mécanismes peuvent être des tarifs forfaitaires, des

mécanismes de recouvrement à l'acte et à la prescription, des formules d'abonnements, d'assurance ou de mutualisation. Dans tous les cas le dépistage précoce des personnes infectées permet d'anticiper les complications sociales de la maladie et de mettre en place des mécanismes de prévoyance avant que la personne ne soit en phase symptomatique de sida.

Si l'on doit améliorer la prise en charge des malades atteints de sida en l'absence de système de protection sociale, il est indispensable de prendre en compte cette dimension dès la phase d'élaboration des stratégies de prise en charge des malades sur la base d'études de coûts et des dépenses de santé de ces malades, tant en ambulatoire qu' à domicile ou en hospitalisation.

Du fait de la nature fatale et de la nature contaminante de la pathologie, le sida devrait être considéré dans un pays à forte prévalence comme une priorité de santé publique. Ceci imposerait aux pouvoirs publics, même en l'absence de traitement spécifique, certaines responsabilités: rendre le dépistage sérologique volontaire largement accessible à la population générale, aux femmes enceintes et aux malades, prendre en charge et traiter les malades dans les structures publiques de soins dont le personnel de santé devrait être systématiquement formé à annoncer le résultat sérologique aux patients et à leur offrir les conseils adéquats pour prévenir la propagation du virus. Ceci est simple à dire lorsque le pays dispose d'un système de protection sociale ou de revenus suffisants pour mettre en oeuvre cette politique. L'état ivoirien qui ne peut pas assurer seul tous les aspects de la lutte contre le sida, mais il est très aidé par la communauté internationale : il reçoit pour la seule année 1996 près de 10 millions de dollars pour ce seul programme (Union Européenne et al, 1997). Cependant nous l'avons vu : les financements de la communauté internationale sont fléchés vers la prévention de la transmission

sexuelle et sanguine de l'épidémie, la mobilisation sociale, la promotion du préservatif et le diagnostic et traitement précoce des MST. Très peu de bailleurs de fonds financent des actions de prise en charge des malades.

Compte tenu de la stabilité des budgets de l'Etat ivoirien alloués au secteur santé (ce qui revient à une diminution relative à la croissance de la population), de la diminution des montants accordés par l'aide publique au développement (Ministère des Affaires Etrangères, 1997), des faibles montants alloués par l'aide extérieure aux interventions de lutte contre le sida de nature curative, de la mise en oeuvre d'une politique généralisée de recouvrement des coûts des prestations dans les formations sanitaires publiques et de l'absence de système de protection sociale notamment pour les personnes les plus démunies, on s'interroge sur la capacité des patients, de l'Etat et de la communauté internationale à financer respectivement les nombreux soins, examens et traitements attendus par les malades du sida en ambulatoire comme en hospitalisation (même en dehors des antirétroviraux). Il nous semble important de réfléchir aux questions suivantes et de préciser les données quantitatives du problème: quel est le coût collectif de la disponibilité de la sérologie VIH? Combien coûtent les traitements des infections opportunistes en ambulatoire et en hospitalisation? Le montant moyen de l'ordonnance diffère-t-il entre un malade tout venant et un patient atteint de sida? Quelles parts respectives de ces coûts le malade peut-il assumer, le gouvernement et la communauté internationale financer? Le coût du sida menace-t-il l'équilibre financier d'une formation sanitaire privée à but non lucratif offrant des services ambulatoires à des familles abonnées (Kerouedan et al, 1995(a)) ou améliore-t-il au contraire le taux de recouvrement des coûts des services périphériques communautaires (Union Européenne et al, 1997) et hospitaliers (Bertozzi, 1991)?

I-2.2. CONSEQUENCES ECONOMIQUES DU SIDA

En Côte d'Ivoire en 1988 le niveau moyen des dépenses de santé des ménages en cas de maladie est supérieur au montant du salaire d'un emploi à plein temps rémunéré au salaire minimum local perdu pendant la maladie (Corbett, 1988). La Côte d'Ivoire instaure un système de recouvrement des coûts des prestations offertes par les hôpitaux en 1991 et par les formations sanitaires publiques périphériques en 1994. Ainsi les consultations, les examens de laboratoire, les examens radiologiques, et les médicaments essentiels sont désormais facturés aux patients. En 1995 à Abidjan les ménages consacrent près de 33 dollars par personne et par an à la santé, quand l'Etat en apporte 11 (Institut National de la Statistique, 1995). La part de ces dépenses consacrée aux médicaments, en majorité achetés dans les officines privées, est de 80% (Guessan Bi et al, 1994).

Les patients contribuent ainsi au financement des soins. La situation peut paraître simple à un patient présentant un épisode de paludisme. Elle est différente pour un malade atteint de sida entré en phase maladie qui devient un patient chronique augmentant considérablement sa demande en soins et en examens dès la phase ambulatoire de sa maladie, souvent contraint de démissionner de sa vie active, de perdre des revenus familiaux, devenant lui-même à la charge de sa famille (Béchu et al, 1995) (Union Européenne et al, 1997) sans évoquer à ce stade d'évolution de l'épidémie la charge d'autres personnes de la même famille éventuellement atteints de sida. Le décès de parents atteints de sida a pour effet de réduire le revenu et le bien être de leur ménage, et partant d'abaisser le niveau de consommation des survivants (Over et al, 1991). Les ménages doivent souvent liquider leurs actifs productifs et leurs économies pour pouvoir payer les soins et

les funérailles. L'augmentation de la mortalité engendrée par le sida a des conséquences sociales sur les femmes (Dozon et al, 1994) (Seeley et al, 1994) qui dans de nombreuses sociétés africaines ne peuvent hériter de la propriété de leurs époux (Banque Mondiale, 1994) (Gollo-Tabley et al, 1995).

I-2.3.COÛTS DU SIDA EN AFRIQUE

La méthodologie d'étude du coût d'une maladie est décrite pour la première fois aux Etats-Unis en 1967 (Rice, 1967). Les premières études de coûts totaux liés au sida sont effectuées aux Etats-Unis (Arno, 1987) (Scitovski et al, 1987) (Andrulis et al, 1987). Ces études visaient à répondre à l'inquiétude des assureurs privés américains sur l'ampleur des coûts de prise en charge des malades du sida. Pour les pays en développement en l'absence de données sanitaires précises et régulières, une méthodologie d'estimation rapide des coûts directs et indirects du sida est développée au Zaïre (Over et al, 1989). Les études d'impact socio-économique du sida en Tanzanie et au Zaïre menées par la Banque Mondiale n'abordent que partiellement le coût de la prise en charge de ces malades en modélisant des projections de données recueillies sur une durée d'observation très courte. Ces études s'intéressent aux coûts directs et indirects (Over, 1988) (Shepard, 1989) et montrent une grande variété de coûts en fonction du stade de la maladie, de la structure de prise en charge et du niveau socio-économique des patients. Les premières estimations reposent sur des hypothèses de base subjectives, notamment à propos du nombre d'épisodes que présentent les patients. Ce coût, incluant coûts directs et indirects, estimé entre 135 et 1585 dollars par an et par malade, représente globalement 8 à 16% du PNB. Un peu plus tard les études se limitent à l'étude théorique des coûts directs selon une méthode

normative basé sur les traitements standardisés (vis-à-vis de la méthode positive d'étude des coûts réels (Scitovski et al, 1988). En 1991 au Rwanda (Shepard et al, 1992) et en 1992 en Zambie (Foster, 1994) les chercheurs utilisent une méthodologie d'analyse des coûts directs basée sur l'histoire médicale et l'utilisation des arbres décisionnels de diagnostic et de traitement des infections opportunistes, la durée de séjour à l'hôpital et le coût moyen d'un séjour d'après la revue des dossiers médicaux. Une étude a été menée en milieu hospitalier dans la capitale zairoise pour comparer les coûts entre les patients VIH+ et les patients VIH- dont les résultats ne montrent pas de différence significative. Par contre les patients VIH+ avaient des dépenses plus élevées que les patients VIH- avant l'épisode d'hospitalisation (Hassig et al, 1990). Certaines études ont cherché à évaluer le coût de traitement de l'ensemble des malades d'un pays (Hellinger, 1990). Les gouvernements africains doivent faire face à une épidémie de grande ampleur dont même le diagnostic sérologique est coûteux, avec des ressources propres limitées et décroissantes. Les coûts du sida ne peuvent être couverts dans les pays en développement (Griffiths, 1988). Près d'un tiers du budget de la santé de la Zambie serait dirigé vers le traitement du sida (Foster, 1994). Le coût de traitement de tous les malades atteints de sida au Rwanda aurait représenté 60% du budget de la santé publique (Shepard et al, 1992). Par ailleurs il a été démontré que le coût de traitement annuel par malade du sida qui varie avec le PNB est supérieur au coût nécessaire à scolariser pendant un an une dizaine d'enfants à l'école primaire (World Bank, 1997).

Du fait de la nature de la maladie, de la diversité de ses formes cliniques et des recours sollicités, tous ces auteurs reconnaissent que l'évaluation des coûts de cette pathologie pose des problèmes méthodologiques (Sisk, 1989). Ils s'entendent

sur le fait que si l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments sont rationalisés, le coût des traitements est négligeable par rapport au coût des personnels et des structures. Mais de nombreuses questions restent en suspens: comment allouer des ressources limitées entre stratégies préventives et curatives, surtout si l'on n'a pas pu développer d'indicateurs d'impact des stratégies préventives (OMS, 1993(c))? Quel est le coût de prise en charge d'un patient VIH+ en ambulatoire à la formation sanitaire, versus à domicile ou à l'hôpital? Quelles stratégies sont les plus coûts-efficaces, en fonction de quels critères d'efficacité lorsqu'il s'agit de traiter les malades uniquement du point de vue symptomatique? Quel est le coût des services sociaux et de soutien? Quelle est l'implication sur le budget national de traiter tous les cas de sida s'ils se présentaient dans les formations sanitaires publiques?

I-2.4.COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EN CÔTE D'IVOIRE

En l'absence, jusqu'à une période récente, de suivi clinique ambulatoire de cohortes de patients à différents stades d'évolution de la maladie, il n'y a pas, en dehors de l'étude de suivi des familles menée en Côte d'Ivoire en 1992, mais qui informe davantage sur les dépenses de santé des malades et les problèmes sociaux que sur le coût de la prise en charge (Béchu et al, 1995) de données socio-économiques prospectives des malades atteints de sida en Côte d'Ivoire. C'est ce qui justifie dans ce pays la mise en oeuvre de trois études, respectivement en 1993, en 1994 et en 1996 qui s'intéressent aux coûts directs de la prise en charge des patients en ambulatoire dans les formations sanitaires publiques ou communautaires d'Abidjan dans le cadre du Projet Santé Abidjan, et plus précisément aux dépenses des malades en médicaments. Les deux premières études

informer sur le montant des dépenses en médicaments des malades pour le traitement des infections opportunistes en ambulatoire (Kadio et al, 1993) (Kerouedan et al, 1995(a) (b)) et en hospitalisation (Kadio et al, 1993). La première étude, non prospective, analyse les dépenses en médicaments des patients en hôpital de jour au CHU de la capitale, sur la base d'algorithmes standardisés de traitement des infections opportunistes et d'un nombre estimé d'épisodes d'infections opportunistes présentés dans l'année, selon un parcours type du patient VIH+ en ambulatoire défini par la méthode de Delphi (Kadio et al, 1993). La deuxième étude est la seule étude prospective ambulatoire de suivi de 109 patients sur une durée de 1 an informant sur les dépenses de santé des patients, leurs revenus mensuels et leur capacité à financer leurs soins (Kerouedan et al, 1995(b)). Elle a été réalisée sur le site de la FSUCOM de Sagbé dans le quartier de Abobo dans le cadre du Projet Santé Abidjan. La troisième étude qui regroupe en fait quatre études de terrain menées entre Abidjan et San Pedro, non prospective mais transversale, décrit largement les effets de l'épidémie sur les services et sur le système de santé ivoiriens, informe notamment sur les coûts ambulatoires et hospitaliers de la prise en charge des patients VIH+ versus VIH-, et propose des stratégies de prise en charge et de modalités de financement sur le modèle peu coûteux de la formation sanitaire urbaine d'Anonkoua-Kouté à Abidjan (Union Européenne et al, 1997).

Il ressort de ces études, notamment de l'étude prospective menée sur 109 patients sur un an de suivi ambulatoire, que le montant de l'ordonnance moyenne d'un patient VIH+ en ambulatoire est plus élevée que pour le patient VIH-, d'un facteur 2.6 (Kerouedan et al, 1995(b)). La sérologie VIH revient à 1 dollar l'unité si un Elisa sur chaîne est pratiqué et à 3 dollars s'il s'agit d'un test rapide. Le

rythme annuel de consultations est en moyenne de 8 (Union Européenne et al, 1997). La part des médicaments (versus consultation et sérologie) représente 55% des dépenses pour une consultation sur un site privé communautaire à but non lucratif approvisionné en médicaments génériques (Kerouedan et al, 1995(b)) dont les coûts en personnels et de fonctionnement sont nettement inférieurs à la formation sanitaire publique voisine (Union Européenne et al, 1997). Le coût de prise en charge du sida représente 3 à 4% du fonctionnement d'une formation sanitaire urbaine à base communautaire. Les dépenses des patients en médicaments pour un séjour hospitalier représentent le double de celles nécessaires à une consultation ambulatoire (Kadio et al, 1993). Mais le coût moyen d'hospitalisation des patients VIH+ est comparable à celui d'autres patients VIH-, et s'élève à 600 \$ par patient par séjour au CHU de la capitale et à 150\$ dans un hôpital régional (Union Européenne et al, 1997). Le temps consacré par le personnel médical n'est pas plus élevé pour les patients VIH+ que pour les patients VIH- en milieu hospitalier, c'est dire le travail qui reste à faire auprès des personnels de santé lorsqu'on sait les traumatismes psychologiques et sociaux dont souffrent ces patients et leurs familles. Ceci est d'autant plus regrettable que l'occasion n'est pas saisie de mener une prévention active depuis la formation sanitaire.

Dans tous les cas les dépenses du patient pour la sérologie, les examens et les médicaments lors de la première consultation représentent parfois jusqu'à 20% du revenu mensuel minimum à l'hôpital de jour de la capitale. Dans les conditions les plus rationnelles de prise en charge d'un patient dans une formation sanitaire communautaire périphérique confessionnelle approvisionnée en génériques, le montant de l'ordonnance représente tout de même 10% du revenu mensuel minimum de ces patients (Kerouedan et al, 1995(b)). Ceci est préoccupant lorsque

la même étude révèle que 60% des patients VIH+ venant consulter en ambulatoire dans ce centre sont sans revenus et à la charge d'autrui. Ce chiffre s'élève à 80% pour les femmes dont la moyenne d'âge est de 26 ans. Le revenu moyen mensuel des femmes qui ont des revenus est de 72\$. Notons que deux patientes au stade sida ont 14 ans et 15 ans. Une de ces jeunes filles a un bébé de moins de 2 ans atteint de sida dont le père est également séropositif. Ceci pour rappeler encore la responsabilité que pourraient prendre les services de santé pour assurer la prévention, le soutien et le conseil des personnes atteintes par cette maladie familiale.

Il est intéressant d'analyser plus globalement l'estimation des besoins liés au sida couverts par le système public en Côte d'Ivoire: la troisième étude révèle que seulement 10 à 20 % des besoins sont couverts en ambulatoire et 18% en hospitalisation, soit moins d'un cinquième des besoins (Union Européenne et al, 1997). Ceci est d'ailleurs une constatation générale en Côte d'Ivoire, le système fonctionne en dessous de ses capacités d'accueil. Il n'est pas observé d'impact de l'épidémie sur le système public de soins, non du fait d'une épidémie modeste bien au contraire, mais parce que ce système ne répond pas à la demande potentielle, les malades ne se présentant pas ou ne revenant pas à la formation sanitaire du fait de nombreux facteurs dissuasifs: la démission des personnels de santé non responsabilisés et non formés au diagnostic et au suivi de cette pathologie, le non respect de la confidentialité des résultats de laboratoire dont il a été montré que c'est un facteur dissuasif majeur (Coulibaly et al, 1996), la mauvaise qualité de l'accueil et des soins de façon générale, la mise en place récente d'une tarification des prestations, et surtout la non disponibilité des médicaments essentiels et

générique dans le système public, ceux-ci n'étant délivrés en ambulatoire à Abidjan et sur instruction du Ministère de la Santé, que pour un jour.

Ainsi 90% des patients atteints de sida sortis de la formation sanitaire urbaine publique de Marcory n'avaient pas de médicaments mais une ordonnance pour se servir en officine privée (dont le prix est multiplié par 5), versus 95% de malades servis en médicaments génériques à la formation sanitaire communautaire privée confessionnelle de Anonkoua-Kouté dans la même ville. Ceci explique sans doute que cette dernière accueille 140 malades atteints de sida pendant que la FSU de Marcory n'en accueille que 21 sur la période d'observation (Union Européenne et al, 1997). Les FSUCOM initiées dans le cadre du Projet Santé Abidjan satisfont une demande en soins non couverte jusqu'ici et constituent une alternative à la prise en charge ambulatoire des patients atteints de sida en milieu urbain.

Plus globalement, la proportion du budget de la santé de Côte d'Ivoire hors recherche et administration qui pourrait être destiné à la lutte contre le sida serait de 11% en 1996 (Union Européenne et al, 1997) contre 8,5% en 1993 (Koné et al, 1996). La vérité se trouve sans doute entre ces deux chiffres ce qui est bien inférieur aux données estimées à près d'un tiers en Afrique anglophone (Foster, 1994). L'Etat contribue peu au financement des soins liés au sida couverts par les patients à hauteur de 60% et par les bailleurs de fonds à hauteur de 36% dans le centre de santé communautaire d'Anonkouakouté (Union Européenne et al, 1997). Globalement la contribution des bailleurs se situe essentiellement sur le financement des activités de prévention: 63% du coût de la prévention contre le sida sont pris en charge par l'aide extérieure. On estime par ailleurs le budget global annuel consacré à la prévention du sida dans le monde à 200 millions de dollars (Mann J† et al, 1992).

I-2.4.5. CONCLUSION

Les patients sont prêts à financer des soins s'ils sont de qualité et si les médicaments sont délivrés à bas prix, en témoignent la fréquentation et l'utilisation des services de santé périphériques liées à la disponibilité des médicaments génériques dans les centres de santé communautaires à Abidjan (Barbé, 1996). Le patient atteint de sida en Côte d'Ivoire peut financer ses soins ambulatoires à hauteur de 3 à 5 dollars par consultation incluant les anti-infectieux pour le traitement de l'infection opportuniste qui motive sa consultation (Kerouedan et al, 1995(b)). Ceci nécessite que les prescriptions soient rationalisées. Par contre les soins hospitaliers, même de jour, sont inaccessibles aux patients et imposent que des systèmes de prévoyance soient mis en place. Pendant que son activité lucrative est maintenue à la phase asymptomatique (ce qui serait un argument supplémentaire pour promouvoir le dépistage volontaire précoce de l'infection à VIH), chaque patient pourrait progressivement se constituer un fonds de réserve pour financer ses traitements à la phase symptomatique lorsqu'il devient rapidement inapte et à la charge d'autrui.

L'accessibilité géographique de la sérologie VIH peut être améliorée si l'approvisionnement en réactifs rapides est subventionné, car le prix unitaire du réactif reste élevé compte tenu du coût de transport et de conservation. On a estimé en Côte d'Ivoire le prix forfaitaire moyen d'une sérologie VIH incluant un test de confirmation à 5 dollars par personne (PNLS/MST/TUB, 1997) si la stratégie de diagnostic biologique de confirmation à deux tests rapides différents

ou un test Elisa et un test rapide est appliquée dans ce pays où la séroprévalence de la population générale dépasse 10%. On a estimé le budget prévisionnel pour l'achat de réactifs sérologiques couvrant la demande sérologique volontaire des personnes asymptomatiques, celle des malades et celle relative au dépistage des femmes enceintes, à 20 millions de FCFA, soit 40 000 dollars pour l'année 1997 (PNLS/MST/TUB, 1997). Ceci reste à la portée du gouvernement et représente 3% de l'enveloppe allouée par l'Etat ivoirien au PNLS la même année (650 millions de FCFA, soit 1 300 000 dollars). Notons que la sécurité transfusionnelle en milieu urbain est financée séparément par le gouvernement et l'Union Européenne. L'accès au dépistage par test rapide peut donc être subventionné par l'Etat et largement étendu, notamment, en l'absence de banque de sang dans les maternités rurales, au don de sang en périphérie, mais aussi au dépistage volontaire et anonyme dans les villes de l'intérieur du pays, au diagnostic des malades dans toutes les formations sanitaires de deuxième niveau à ce stade de l'épidémie, enfin au dépistage volontaire des femmes enceintes.

La communauté internationale pourrait concentrer ses financements en direction de :

- la formation des personnels de santé de l'ensemble du pays,
- la réhabilitation ou l'extension de locaux adaptés à l'intimité de la relation psychosociale entre le soignant et le patient,
- l'aménagement et l'équipement de petits centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits, ou plus simplement d'aires de dépistage sérologique et de diagnostic des principales infections opportunistes (dont la tuberculose), dans les formations sanitaires publiques,

- micro-projets associatifs organisant le dépistage conseil sur des sites variés. Ces domaines sont en outre compatibles avec les mandats des organismes internationaux.

I-3. L'ACCESSIBILITE DES PATIENTS VIH+ AFRICAINS AUX THERAPEUTIQUES ANTIRETROVIRALES

I-3-1. DETERMINANTS DE LA DEMANDE DES MALADES

La question de l'accessibilité des malades atteints de sida en Afrique aux thérapeutiques spécifiques antirétrovirales, n'est publiquement posée qu'en 1996 à l'issue de la Conférence de Vancouver annonçant les résultats sans précédent de nouvelles molécules antirétrovirales chez les patients sous essais de trithérapies aux Etats-Unis et en Europe. Aux décours de cette conférence, l'ONUSIDA propose comme slogan de la journée mondiale du sida de décembre 1996 « Tous Unis dans l'Espoir ». Certaines personnes, pionniers en Afrique de l'Ouest du fait de la déclaration médiatique de leur statut sérologique et de leur initiative associative, tels que Dominique, Etienne et Jeanne, réagissent à ce slogan. Dominique, président de l'association des personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire, militant jusqu'aux derniers instants de vie, meurt l'avant veille de cette journée dont le thème le révolte profondément. Sa mort au moment même où la communauté internationale appelle à l'espoir plonge ses pairs et ceux qui les côtoient dans la réalité africaine. Son dernier message sera le suivant:

« Le thème de la Journée Mondiale Sida du 1er décembre 1996, choisi par le Programme Conjoint des Nations-Unies sur le VIH/Sida ou ONUSIDA, est lancé à l'attention de tous les pays: "One World, One Hope" ou "Tous Unis dans l'Espoir". L'espoir naît en juillet 1996 à l'occasion de la Conférence Internationale sur le Sida de Vancouver, alors que la communauté scientifique internationale annonce au monde entier les résultats prometteurs de la trithérapie antivirale administrée à des patients bénéficiaires d'essais cliniques en Europe et

aux Etats-Unis. L'espoir de Vancouver 1996 noie le désespoir de Yokohama 1994. Nous sommes tous appelés à nous réjouir et à manifester notre optimisme en cette journée du 1er décembre: répondons, que nous soyons infectés ou non, nés au Nord ou au Sud, à cette invitation universelle. C'est bien la mission de l'ONUSIDA de susciter une réponse élargie et globale à l'épidémie de sida dans le monde: 22 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida, dont les 4/5 vivent dans les pays du Sud et les 3/5 en Afrique, et dont 40% sont des femmes. Plus de la moitié des cas concernent les jeunes de moins de 25 ans. 9 million d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leur mère de sida.

Nous qui sommes confrontés aux réalités économiques, sociales et sanitaires des pays africains, que nous soyons victimes ou témoins de l'épidémie de sida, nous ne demandons qu'à y croire et à partager un peu d'espoir. Mais la réalité n'est pas, et ne peut pas être, dans aucun domaine "One World, One Hope", même pour une journée. Nous souhaitons partager avec les occidentaux les sentiments de révolte et de frustration que suscite ce thème chez les personnes vivant avec le VIH/sida sur ce continent. Ces personnes vivent et subissent, humiliés chaque jour, leur exclusion familiale, sociale, professionnelle, cette fois internationale: tous unis? quelle solidarité trouvent-ils dans le rejet, la pauvreté et l'absence de médicaments? de l'espoir? l'espoir de quoi et pour qui? Désiré, Amélie, Francis, Clémentine, Christine et bien d'autres expriment, avec les forces qui leur restent, leurs doléances envers leurs gouvernements et la communauté internationale. Mais ils en connaissent les limites: l'industrie pharmaceutique ne s'intéresse pas à eux. Selon l'ONUSIDA le traitement porteur d'espoir au Nord coûte 20 000 dollars par an et par personne, soit environ 100 000 FF. En l'absence de protection sociale dans ces pays, qui peut financer ces traitements pour les 3/5 des malades de sida du monde?

Jusqu'à ce jour, la question de l'accès aux antiviraux pour les personnes infectées par le VIH en Afrique était restée balbutiante et sans réponse: la Zidovudine administrée isolément ou les bithérapies qui suivirent, étaient aussi

hors de la portée des budgets nationaux de la santé et des budgets des ménages, mais surtout plutôt inefficaces: ceci permettait aux gouvernements habitués, mais surtout à la communauté internationale soucieuse, de faire face à la question de l'équité: le souci partagé entre le Nord et le Sud était, pour le Sud, de prévenir la transmission du VIH sous toutes ses formes, de tenter de rendre le médicament essentiel disponible à moindre prix pour traiter au moins les infections opportunistes les plus fréquentes. La bonne conscience invitait les uns et les autres à orienter les maigres ressources vers des actions dites efficaces, de prévention en priorité. Ce furent les termes de la stratégie mondiale de lutte contre le sida diffusée par l'OMS jusqu'en 1993. Aujourd'hui, deux événements majeurs se produisent, et troublent cette tranquillité relative:

- La Zidovudine administrée chez des femmes enceintes en France et aux Etats-Unis, réduit de 2/3 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Alors que 15% des femmes enceintes sont séropositives à Abidjan, des essais cliniques sont en cours en Côte d'Ivoire avec un protocole adapté au contexte socio-économique et aux conditions de l'accouchement. Les résultats de ces essais prendront aussi en compte l'allaitement maternel: facteur de transmission du VIH à l'enfant, il est pourtant difficile à déconseiller dans ces régions, même aux femmes séropositives.

- L'efficacité de la trithérapie antivirale, si elle s'avère durable avec un recul suffisant, révolutionne les esprits et les espoirs.

Si l'on assiste aujourd'hui à la mondialisation de l'économie, on assiste aussi à la mondialisation des notions de droits de l'homme, d'égalité, d'équité, de solidarité, de l'espoir dont il est question cette fois. Les malades en Afrique demandent à bénéficier des mêmes droits et des mêmes espoirs que les malades occidentaux. Bien sur qu'ils souhaitent bénéficier de la trithérapie. Si ces molécules se révèlent efficaces avec plus de recul, y compris chez les populations africaines, ni les gouvernements, ni la communauté internationale ne pourront

continuer d'occulter ou de remettre à plus tard la question de leur disponibilité sur ce continent. Ni même les laboratoires pharmaceutiques. Bien souvent ceux-ci sont convaincus qu'il n'est pas possible de mener dans les conditions requises, des protocoles de recherche clinique. De ce fait, ils excluent d'emblée ce continent de leur champ d'intervention et de bénéficiaires. Notre rôle, séropositifs, épidémiologistes, chercheurs sur le terrain, acteurs de santé publique, est de les convaincre du contraire. Il est tout à fait possible, si la communauté internationale participe à la promotion de la recherche de ces pays et contribue au financement de certains équipements, de mener ici des protocoles de recherche de qualité excellente. Mais les laboratoires n'évitent-ils pas aussi délibérément de mener ici des essais cliniques et thérapeutiques? Est-il éthique de démontrer l'efficacité de molécules sans avoir d'éléments sur les capacités des populations, des gouvernants ou de la communauté internationale, à satisfaire les bénéficiaires à l'issue du protocole? Mais que font les organisations internationales de tutelle pour la lutte contre le sida depuis tant d'années, pour obtenir de l'industrie pharmaceutique sa contribution à la lutte contre le sida dans le monde?

Par ailleurs, si nous devons utiliser un langage commun avec ces entreprises commerciales que sont aussi les laboratoires pharmaceutiques, n'y a-t-il pas ici un marché très important, et d'autant plus étendu qu'ils réduiront les prix de leurs produits?

La question de l'accessibilité des malades du sida africains aux thérapeutiques antivirales est posée. Nous en mesurons tous la complexité dans un milieu très contraint du point de vue économique: les ressources nationales et la générosité internationale seraient-elles mieux utilisées en traitant les sujets infectés par le VIH, en améliorant la prévention de la transmission de ces virus, ou en améliorant la prévention et le traitement de maladies infectieuses plus meurtrières pour les plus jeunes? A l'issue des essais cliniques menés sur le territoire africain, il sera temps de faire des choix politiques ou de politique sanitaire, ou d'entreprendre des négociations en faveur des malades dans les pays en

développement. La table des négociations réunirait les politiques, la communauté internationale, l'industrie pharmaceutique, les chercheurs, les cliniciens, les malades et les autorités sanitaires. En attendant, pas de provocation. Sinon, que la solidarité annoncée et répétée dans les discours nationaux et internationaux, promesse renouvelée encore à l'occasion de cette journée, se traduise enfin dans la vie quotidienne de ces malades. » (Esmel et al, 1997).

La réaction est vive, mais la demande est clairement exprimée, reprise par les deux associations ivoiriennes de personnes vivant avec le VIH. Les déterminants de cette demande sont en fait multiples. Outre l'annonce très médiatisée, lors de la Conférence Mondiale du Sida à Vancouver en juillet 1996, des résultats des essais cliniques des patients occidentaux sous trithérapies et le thème choisi par l'ONUSIDA pour la Journée Mondiale du Sida du 1er décembre 1996, l'influence militantiste d'associations occidentales de personnes vivant avec le VIH/sida sur la demande des associations naissantes de personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire, afin que celles-ci sachent défendre leurs droits et revendiquer leur dû, n'est pas négligeable. L'appui institutionnel même informel, toujours amical et solidaire des associations françaises, notamment AIDES et ACTUP envers leurs homologues africaines sont très utiles à celles-ci. Il est cependant regrettable que les membres des associations françaises, par méconnaissance du terrain, ne sachent discerner avec leurs pairs les priorités pour leurs amis africains qui n'ont bien souvent pas accès même à une prise en charge médicale symptomatique.

Les essais cliniques menés en Côte d'Ivoire par des équipes de recherche américaines et françaises, incluant la Zidovudine administrée aux femmes enceintes, et prévoyant dans un avenir proche l'administration aux séropositifs et aux malades d'autres molécules excitent la curiosité et l'envie des malades africains d'en bénéficier en dehors des protocoles de recherche.

I-3.2. REPONSES OCCIDENTALES

Il semble que la puissance de ces déterminants nous mène désormais à un point de non-retour vis-à-vis de cette question, sauf s'il s'avère, avec du recul, que le virus échappe encore aux nouvelles thérapies. Aucun des acteurs ne sera en mesure de répondre à lui seul aux malades africains, à leurs associations, ou à leurs autorités sanitaires et politiques. Le souci partagé est de servir le droit à la santé pour tout être humain, droit qui figure comme tel dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme élaborée en 1948, et qui devient un devoir à partir de l'instant où la communauté scientifique détient le pouvoir de maîtriser une pathologie qui plus est mortelle.

Les autorités sanitaires nationales, impuissantes, répercutent instantanément cette demande des personnes vivant avec le VIH en direction de la communauté internationale à l'occasion de la X^e Conférence Internationale du Sida et des MST de Décembre 1997 qui a lieu précisément à Abidjan (CISMA). Quelques mois avant la Conférence, un groupe de travail s'est réuni en Côte d'Ivoire puis entre plusieurs pays (Coulaud et al, 1997(a)), invitant au débat les responsables nationaux des programmes de lutte contre le sida, des experts en sciences sociales, des cliniciens du Nord et du Sud et des représentants de la communauté internationale. Les laboratoires pharmaceutiques n'étaient pas représentés mais négociaient directement avec l'ONUSIDA la réduction des prix des molécules antivirales (ARV). Les recommandations de cette initiative internationale présentées à la CISMA fin 97 se résument comme suit (Coulaud et al, 1997(b)):

- L'introduction planifiée des ARV nécessite de réaliser une phase pilote dans plusieurs pays. Cette phase pilote inclut la recherche qu'il est nécessaire de conduire : opérationnelle (évaluation des besoins et modalités de financement notamment), clinique (identification des bénéficiaires, prérequis laboratoires, etc.) et virologique (évaluation de la sensibilité aux ARV des différents génotypes du VIH, etc.).

- Le traitement antiviral de la femme enceinte est une priorité.

- Le contexte de la prise en charge médicale des patients doit être amélioré (identification des sites spécialisés, formation des personnels de santé, équipement laboratoire, suivi biologique, etc).

« Les entreprises pharmaceutiques engagées dans le projet fourniront des médicaments à des prix subventionnés ». (Communiqué de presse, Abidjan, décembre 1997). A l'issue de la Conférence d'Abidjan, le laboratoire pharmaceutique Glaxo-Wellcome annonce une réduction du prix de la zidovudine pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, mais précise que les prix ne sont subventionnés que pour l'administration de zidovudine à la seule femme enceinte et non aux décours de sa grossesse (Wall Street Journal, 1998).

En pratique l'initiative en est à sa phase de conception. Les modalités concrètes de sa mise en oeuvre, étant donné les multiples préalables qu'il s'agit de résoudre dans ces pays (réactifs sérologiques, diagnostic des infections opportunistes, disponibilité effective des médicaments génériques, ressources humaines compétentes), ne sont pas encore précisées. Nombre de questions par ailleurs restent en suspens, notamment éthiques: comment identifier les premiers patients qui vont bénéficier de ces traitements sur l'ensemble des patients atteints de sida? *« Dans un premier temps nous devons commencer avec des programmes-pilotes à petite échelle, ce qui implique la nécessité de prendre des décisions difficiles concernant la participation, l'alternative étant de ne rien faire du tout »* (Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA, CISMA 1997). Quelles molécules seront retenues en l'absence de notion virologique de sensibilité, de tolérance chez les patients africains? Enfin, au décours de la phase pilote quels sont les besoins en financement et les sources de financement pour permettre d'inclure l'ensemble des bénéficiaires? En effet, même si le groupe pharmaceutique Glaxo-Wellcome annonce (immédiatement après son intention de constituer avec le laboratoire pharmaceutique Smithline le numéro un mondial de la pharmacie (Le Monde, 1997)) une réduction de 75 % du prix de la zidovudine pour les seules femmes enceintes des pays en développement (Wall Street Journal, 1998), elles ne pourront

pas à elles seules financer ces traitements préventifs d'une part et la question de l'accessibilité économique de l'ensemble des patients aux antirétroviraux et en particulier aux bi et tri thérapies, est loin d'être résolue. Les informations attendues en 1998 concernant les essais chez les femmes enceintes en cours en Afrique et celles obtenues des essais occidentaux avec davantage de recul, devraient nourrir cette réflexion et préciser sans doute plus clairement les priorités, les modalités de mise en oeuvre, l'évaluation des besoins, les montants nécessaires à tenter une telle opération et comment celle-ci se situe vis-à-vis de l'ensemble des actions financées sur le secteur santé.

I-3.3. INSERTION DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE DANS LA STRATEGIE SANITAIRE IVOIRIENNE

Il est intéressant de s'interroger sur la façon dont l'initiative de l'ONUSIDA s'intègre au système de santé en Côte d'Ivoire et à ses choix stratégiques (Brunet-Jailly, 1997). L'auteur rappelle que la stratégie sanitaire en Côte d'Ivoire est inégalitaire du fait de la concentration de services curatifs coûteux dans la capitale, du poids prépondérant des intérêts professionnels et commerciaux dans la définition de la politique sanitaire, notamment en matière d'approvisionnement pharmaceutique. Malgré un PNB par habitant trois fois supérieur à ceux des pays voisins, les indicateurs de santé ne sont guère meilleurs. *« La question du traitement des malades par ARV peut en effet permettre d'éviter toute réforme du système de santé; le traitement d'un petit nombre de malades triés sur le volet est politiquement satisfaisant, puisqu'on trouve facilement des arguments techniques pour justifier de la sélection. Et que l'aide internationale comme la solidarité nationale bénéficie d'abord aux groupes à hauts revenus ne sera pas une nouveauté dans le contexte ivoirien. »* (Brunet-Jailly, 1997). Selon l'auteur *« la Côte d'Ivoire continue depuis trois décennies à copier un système de santé sur un modèle étranger sans se préoccuper ni de l'accessibilité ni de l'efficacité de celui-ci. »*

Ne perdons pas de vue en effet que la plupart des malades atteints de sida n'ont pas accès aux médicaments essentiels ou génériques en ambulatoire pour le traitement des infections opportunistes, même si la disponibilité de ceux-ci s'est améliorée au niveau central et dans les formations sanitaires publiques périphériques (Guessan Bi et al, 1994) (Union Européenne et al, 1997), que les réactifs sérologiques ne sont pas disponibles en dehors des gros centres urbains et que les personnels de santé sont la plupart du temps peu impliqués sur le volet de prise en charge du sida.

Les réalités culturelles africaines, les indicateurs de santé très bas, l'absence de protection sociale, et les conditions socio-économiques des malades sont autant de facteurs d'inéquité entre le Nord et le Sud. La communauté internationale, même si ses interventions tentent d'améliorer la situation sanitaire des pays en développement, ne se mobilise pas avec autant d'énergie sur l'inéquité plus globale du système de santé: si des femmes meurent faute de recevoir à temps une transfusion sanguine, ou de subir une césarienne en urgence, faute de ressources, qui s'insurge publiquement?

Et Joseph Brunet-Jailly de citer Williams: « *Certains estiment que la tâche du médecin est de faire tout ce qui est possible pour le patient qui est en face de lui, et quel que soit le coût. Mais dans un monde où les ressources sont limitées, coût signifie sacrifice (et dans ce cas valeurs des bénéfices perdus par la personne qui ne sera pas traitée.) Ainsi quel que soit le coût signifie quels que soient les sacrifices imposés aux autres. Ceci ne me paraît pas une position éthique. Le conflit éthique supposé entre l'argument des économistes, [...], et les préceptes de l'éthique médicale n'existe pas, parce que l'éthique médicale ne requiert pas que tout ce qui est possible soit fait pour un patient quelles que soient les conséquences pour tout autre.* » (Williams, 1995).

**CHAPITRE II- IMPLIQUER LES PERSONNES VIVANT AVEC
LE VIH : QUE PEUT-ON ATTENDRE DES ASSOCIATIONS DE
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA POUR LUTTER
CONTRE LE SIDA ET SES EFFETS SOCIAUX EN AFRIQUE?**

LE CAS DE L'ASSOCIATION « LUMIERE ACTION » A ABIDJAN

II-1. NAISSANCE DE LUMIERE ACTION

Huit ans après le début de l'épidémie en Côte d'Ivoire, Dominique, étudiant en Droit, invité à une émission télévisée sur le sida, raconte sa séropositivité. C'est le premier témoignage public. Selon les commentaires des auditeurs entendus le lendemain, la première réaction est de ne pas le croire. Néanmoins c'est un événement qui bouscule les idées reçues: il a le virus et cela ne se voit pas; il a une maladie "honteuse" et il la dit. Même les professionnels de santé sont surpris. Ceci annonce véritablement un tournant de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire: le silence est rompu, les malades existent et racontent. Il faut cependant attendre près d'un an de plus pour accueillir Etienne au PNLS. Il vient de se faire volontairement dépister au centre de dépistage anonyme et gratuit de la capitale et s'interroge sur sa séropositivité: *"encore combien de temps avant la maladie, la mort? Comment agit le virus dans mon corps? Où puis-je trouver des soins, des personnes à qui parler?"* Mais surtout, Etienne a le premier l'initiative associative. Il est décidé à agir collectivement pour que cette épidémie cesse: *"il faut qu'on parle de cette maladie. Il faut que tout le monde sache que ça existe. Il faut que nous les personnes infectées nous disions aux jeunes "attention, le sida est là, ne faites pas comme nous". Il faut que vous m'aidiez docteur. Je veux participer aux conférences du Programme."* Tels sont ses propos. Les médecins de l'unité de soins ambulatoires du CHU de Treichville sont sollicités pour identifier parmi les participantes à leur groupe d'animation des veuves, une femme disposée à intervenir publiquement. Jeanne vient de perdre son mari atteint de sida et vient d'apprendre sa séropositivité. Elle a une fille de 5 ans séronégative. Réunis par le PNLS, Dominique, Etienne et Jeanne créent *Lumière Action*. L'association a

d'abord son siège dans les locaux du PNLS puis l'oiseau sort du nid et s'autonomise en 1995.

La création d'une telle association amène à formuler un certain nombre d'interrogations. Il s'agit de situer la place des personnes vivant avec le VIH dans la lutte contre l'épidémie en Afrique. La première réaction du Programme à l'émergence de séropositifs "publics", a été un soulagement: enfin ils vont nous aider à promouvoir nos messages. Enfin le sida fantasmé peut devenir une réalité: ils vont témoigner, prévenir. « Ensemble nous vaincrons le sida »! Les organisations de malades au Nord, à travers leur réseau international, The Global Network of People with AIDS (GNP+), ont souvent conclu leurs discours lors des conférences internationales par cette phrase devenue un slogan: *"Nous ne sommes pas un problème, mais une partie de la solution"*. Les personnes vivant avec le VIH sont dès lors représentées à toutes les réunions dans toutes les institutions, nationales et internationales, gouvernementales ou non gouvernementales. Il y a aujourd'hui un consensus sur le fait qu'elles doivent être associées à l'élaboration des politiques, aux actions menées dans les pays, aux décisions les concernant. Mais il ne s'agit pas de les impliquer pour les impliquer, parce que c'est "politiquement correct" ou pour se donner bonne conscience ou bonne presse internationale. Il s'agit de les aider à définir très précisément leur rôle et leurs tâches dans ce combat contre l'épidémie. La question est plus complexe que prévu et les limites sont vite atteintes: ce sont des personnes infectées, souvent malades et sans ressources, encore trop peu nombreuses à s'impliquer compte tenu de l'ampleur de la tâche. Ce sont, sauf quelques exceptions qui deviennent naturellement les leaders, des personnes dont la scolarité a été brève. Les "cadres" séropositifs, par discrétion sans doute, ne s'investissent pas ou très peu dans le

milieu associatif en Afrique. Ce ne sont pas des soignants, ce ne sont pas des gestionnaires de projets, ni des gens de santé publique. On ne s'attend pas à ce que ce soient des professionnels, mais alors: comment s'organise et fonctionne une association? Que proposer en termes de stratégies, de prévention, de recherche, de prise en charge ou d'organisation des soins en matière de sida au PNLS, aux organisations internationales? Comment traduire un besoin en stratégie? Comment rédiger un document de projet recevable et éligible au financement des organismes internationaux? Quand les leaders sont malades et parfois meurent aussi, qui reprend la dynamique de l'association, qui assure le suivi des activités, des projets, leur gestion?

Les besoins en formation sont énormes, tant sur la pathologie elle-même, sa biologie et son épidémiologie (pour que l'information véhiculée par eux soit juste), que sur la conception et la gestion des micro-projets de prévention ou de prise en charge. Il ne faut pas les sous-estimer. Ainsi l'accompagnement institutionnel, technique, financier, voire médical, d'une équipe associative de malades atteints de sida en Afrique, doit à ses débuts, et sur une longue période, être quotidien et méthodique. Alors seulement, les personnes vivant avec le VIH deviennent des acteurs et peuvent contribuer à la lutte contre l'épidémie et à ses effets dans leur pays et devenir des « réformateurs sociaux » (Cornu, 1996).

II-2. LES ACTIVITES DE LUMIERE ACTION

Dans le domaine de la prévention, les membres de Lumière Action participent très activement, indépendamment ou en liaison avec le PNLS, à toute forme de communication sur le sida. Grâce à eux le thème de la séropositivité a pu être évoqué dans l'objectif d'atteindre une meilleure tolérance sociale à ce statut.

Cependant leurs interventions restent souvent très médiatiques, en direction de la population générale ou de certains groupes comme les jeunes en milieu scolaire. Ils se sont peu manifestés publiquement sur l'aspect très spécifique de la séropositivité en milieu du travail (Aventin,1995) par exemple pour prévenir les dépistages du VIH à l'insu des candidats à l'embauche (Aventin,1996), les licenciements abusifs de personnes séropositives (Aventin,1997), l'exclusion, etc. et pour mobiliser le PNLs plus avant sur ces questions de nature juridique. D'autre part les thèmes de sensibilisation, à l'instar des programmes nationaux, restent exclusivement axés sur la prévention de la transmission sexuelle. Or il est encore des endroits en Afrique, en dehors des capitales, où le sang transfusé dans les structures publiques ne disposant pas de banque de sang, ne peut être préalablement testé pour l'infection à VIH. Il suffirait de mettre à leur disposition des réactifs rapides. De même les conditions d'hygiène hospitalière de bien des centres de santé dont les maternités, exposent les patients comme les professionnels de santé à la contamination du VIH par voie sanguine. Quelle association de personnes séropositives, au Nord comme au Sud, réagit à cela?

L'intervention majeure et irremplaçable des séropositifs de l'association reste la prise en charge psychosociale et l'accompagnement moral des malades nouvellement dépistés, aux côtés des équipes soignantes dans les services de santé, au siège de l'association, ou à domicile près de leurs familles. Ils savent mieux que n'importe quel professionnel sans doute, partager, informer, expliquer, soutenir, orienter, accompagner et aider à vivre, une personne qui vient d'apprendre sa séropositivité et qui se trouve seule face à cette nouvelle. Les membres de l'association seront longtemps les seules personnes de l'entourage du malade à connaître son statut. Leur présence est alors plus que précieuse. Mais leur statut au

sein d'une équipe soignante reste à inventer, entre les pouvoirs de la science devenue impuissante et l'incapacité de nombreux professionnels de santé à compatir, se protégeant eux-mêmes de leurs représentations de la maladie ou des souffrances projetées (Berche et al, 1996). La prise en charge du sida est toujours *"une affaire de coeur"* disait Etienne, et, à long terme, une vraie vocation: quelle personne humaine peut-elle entendre chaque jour de telles misères médicales, sociales, économiques souvent sans solution et dans un isolement indescriptible, et rester toujours souriant, dévoué corps et âme à ses tâches (Williams et al, 1995)? Les professionnels de santé doivent jouer leur rôle absolument. Les associations de personnes séropositives doivent amener l'ensemble des professionnels de santé, et non pas se satisfaire de quelques exceptions dévouées, à faire leur travail de soignant. C'est une revendication légitime qu'ils n'ont pas assez. Mais les soignants ne peuvent assumer seuls tous les effets de l'épidémie. C'est toute la société qui doit se partager et se répartir les conséquences sociales et familiales du sida.

Les jeunes femmes séropositives de l'association Lumière Action sont intervenues, en accord et sous le contrôle technique du PNLS, sur un aspect de l'épidémie non couvert par les structures publiques ou privées de soins: la sensibilisation des femmes enceintes sur le sida et sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et la proposition de dépistage volontaire des femmes enceintes, ceci dans une dizaine de formations sanitaires de la ville d'Abidjan. L'épidémie des femmes et des enfants, malgré son importance et l'identification des déterminants socio-économiques d'exposition des femmes à l'infection à VIH (Ullin et al, 1992) (Seeley et al, 1994), reste sans réponse, tant en termes de prévention que de prise en charge. Les membres de Lumière Action ont été formés à ces actions de sensibilisation et de dépistage-conseil, pendant que les

équipes médicales des mêmes formations sanitaires, ont été formées parallèlement à la prise en charge médicale des personnes séropositives et malades. Le mode de transmission de la mère à l'enfant est très peu connu des femmes (Ladner et al, 1996) et de la population générale, et ces activités très utiles pourraient être largement étendues.

Il est prévu que le siège de Lumière Action devienne un lieu de dépistage volontaire anonyme et gratuit dans un des quartiers de la ville où toute personne dépistée séropositive peut être adressée à une équipe médicale formée à la prise en charge dans une formation sanitaire voisine. Certains personnels de santé expriment encore à cette occasion leurs réticences à confier à des personnes séropositives, pourtant formées, ces tâches de dépistage conseil.

Les antirétroviraux ne sont pas spontanément revendiqués par les personnes séropositives en Côte d'Ivoire jusqu'en 1996. Ce qui choque les personnes séropositives l'année de la Conférence de Vancouver nous l'avons vu, c'est le slogan de la Journée Mondiale du Sida *"Tous Unis dans l'Espoir"*. L'espoir sous-entend ici la promesse de guérison obtenue sous trithérapie. Quel espoir de traitement curatif pour eux dans un pays sans protection sociale et aux ressources limitées? La réponse politique leur a été apportée en décembre à la CISMA mais la réponse technique concrète est encore incertaine et passe par des préalables non réunis aujourd'hui en Afrique. Seules les nouveaux-nés, puisque le traitement de la femme enceinte par zidovudine sera suspendu à l'accouchement, peuvent prétendre à un traitement préventif de l'infection à VIH dans un avenir proche, mais quelle proportion d'entre eux?

La recherche médicale concerne également l'association. Depuis sa création, Lumière Action a un représentant qui siège aux réunions du Comité d'Ethique

examinant les protocoles de recherche sur le sida soumis à l'approbation du Ministère de la Santé. Cette représentation a été longuement discutée au sein du ministère puis est devenue une évidence.

II-3. CONCLUSION

La réponse à l'épidémie de sida en Côte d'Ivoire, reste dans les années 80 celle du gouvernement soutenu par les institutions internationales. Le milieu associatif se mobilise progressivement et la première association de personnes vivant avec le VIH naît tardivement, presque dix ans après le début de l'épidémie. Ceci tient sans doute au fait que la stratégie de lutte contre le sida se résume au début à informer les populations et prévenir la transmission sanguine du virus au moins dans les grandes villes. La stratégie relative à la prise en charge des malades n'est mise en oeuvre sur le terrain qu'à partir de 1994 et peu d'organismes internationaux contribuent à financer ce volet. Lumière Action est une initiative spontanée de personnes séropositives, soutenues par le gouvernement ivoirien à travers le PNLS, par le PNUD et la Coopération française. La contribution des personnes vivant avec le VIH/sida à la lutte contre l'épidémie ou ses effets est cruciale, tant dans le domaine de la prévention que de la recherche et de la prise en charge. Il s'agit de former les membres de ces associations sur divers aspects de l'épidémie et de sa prise en charge, et de situer leur contribution au sein du dispositif institutionnel et social de réponse, de définir précisément leurs tâches, de les orienter efficacement. Il s'agit d'aider les personnes vivant avec le VIH à discerner ce qu'elles sont en droit d'attendre des pouvoirs publics, ce qui peut relever de leurs responsabilités, de leurs initiatives et de leur citoyenneté. La sécurité transfusionnelle, la prévention de la transmission du VIH en milieu de soins, la problématique du VIH en milieu

du travail, le respect du secret médical et de la confidentialité dans les services de soins comme dans les milieux professionnels, l'accès à une prise en charge médicale et psychosociale de qualité, l'accès à la sérologie, aux médicaments essentiels, constituent autant d'exemples légitimes et concrets de droits pourtant peu revendiqués par les personnes vivant avec le VIH/Sida. Qu'attendent les organisations représentant les malades au Nord pour aider les malades en Afrique à obtenir aussi cela des pouvoirs publics ou de la communauté internationale dans des délais acceptables?

Les personnes séropositives ont une contribution profondément humaine à partager avec les professionnels de santé vis-à-vis des patients et de leurs familles. Leur immense mérite est alors de dépasser leur état de santé, leur isolement, parfois leur pauvreté et leurs contraintes personnelles pour contribuer finalement à un projet social: celui de vaincre une épidémie et de réduire la souffrance et la solitude d'autrui.

CHAPITRE III- CHRISTINE, JEUNE FEMME SEROPOSITIVE EN CÔTE D'IVOIRE: REFLEXION SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU SIDA DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Résumé

L'épidémie de sida ne cesse de progresser en Afrique de l'Ouest et de plus en plus de femmes sont infectées. A Abidjan, 15 % des femmes enceintes sont séropositives et le taux de transmission à l'enfant est de 28%. Infectés ou pas, ces enfants naissent d'une mère appelée à mourir, alors que le décès du père précède souvent celui de la mère. La réponse des pouvoirs publics, des autorités sanitaires et des organisations internationales à cette nouvelle épidémie de sida des femmes et des enfants en Afrique de l'Ouest, malgré toutes les conséquences économiques et sociales qu'elle génère, reste modeste. A partir du cas de Christine, jeune femme dont la séropositivité est révélée par le décès de son troisième enfant atteint de sida dès l'âge de 3 mois, nous mettons en évidence les devoirs et les limites des institutions de santé publique. Les stratégies de lutte contre le sida, de prévention et de prise en charge, notamment à l'égard des femmes, ne sont pas à la hauteur des défis lancés aux autorités sanitaires par des milliers de cas comme celui de Christine, les unes comme les autres étant confrontées aux libertés et aux choix individuels ou communautaires vis-à-vis de la procréation. Les pouvoirs publics ont le devoir d'informer les populations et de rendre accessible la connaissance volontaire du statut sérologique. Ils ont néanmoins à faire face à des valeurs familiales et sociologiques qui menacent l'efficacité et l'impact des actions de prévention: le désir de satisfaire un homme, la valorisation culturelle de l'enfantement, la nécessité sociale d'avoir au moins un fils, les obligations familiales, sont autant de valeurs qui affirment leur puissance sur la prise de risque vis-à-vis de l'infection à VIH par voie sexuelle ou maternelle. Le cas de Christine montre comment l'intolérance des populations à l'égard des personnes séropositives de leur entourage produit un silence qui empêche de négocier les risques de l'infection à VIH tout en menaçant leur insertion dans le milieu professionnel, conjugal et familial. Ce point invite les institutions gouvernementales ou non gouvernementales, et la communauté internationale à élaborer de véritables stratégies de prévention, qui se résument trop souvent actuellement à une perspective instrumentale de celle-ci et à "*faire de l'IEC*" (Information, Education, Communication). Ces stratégies de prévention pourraient être élaborées non seulement sur la base d'une meilleure connaissance des interprétations de la maladie, mais aussi sur la base d'une meilleure compréhension de la complexité des enjeux familiaux et sociaux contradictoires avec la maîtrise de l'épidémie, parce qu'ils déterminent la prise de risque dans une sphère de valeurs où la mort est un moindre risque.

Le PNLS ivoirien ne mène, jusqu'en 1993, aucune action de prévention ou de prise en charge en direction des femmes. Les stratégies internationales ne mentionnent pas d'objectifs spécifiques sur cet aspect de l'épidémie (en dehors des directives relatives à l'allaitement maternel) jusqu'en 1996 où le FNUAP propose de financer dans le cadre de son programme d'appui à la santé de la reproduction, des actions de mobilisation sociale des femmes, et d'intégrer des actions sida/planning familial sans que le contenu de ces stratégies soit très précis sur les modalités pratiques de mise en oeuvre. Les aspects médicaux relatifs à la grossesse séropositive ne sont pris en compte qu'à travers des projets de recherche épidémiologiques sur la transmission mère-enfant du VIH. Les aspects sociaux et juridiques ne sont pris en compte que de manière pilote à travers des micro-projets urbains comme ceux des projets « Solidarité Action Sociale » de Bouaké, Bobo-Dioulasso et Bangui.

En réponse à un taux de séropositivité des femmes Enceintes de 12% dans une maternité de la capitale dès 1990 (Adjorlolo et al, 1992), et d'un taux de transmission du VIH1 de la mère à l'enfant de 28% (De Cock et al, 1994), outre les cas de transmission postnatale tardive (Van de Perre et al, 1991) (Van de Perre et al, 1993) (Ekpini et al, 1994) (Bertolli et al, 1996), une cellule de réflexion sur l'élaboration d'une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH se met en place en Côte D'Ivoire, et fait des propositions mentionnées plus loin (Groupe de réflexion consultatif auprès du PNLS, 1995).

Il nous semble intéressant de présenter à travers un cas, mais c'est un cas parmi des milliers d'autres semblables, les questions spécifiques que pose l'infection à VIH des femmes en Afrique. Nous accompagnons Christine tout au long de sa séropositivité qui fut révélée par le décès de son nourrisson de 5 mois, atteint de

sida dès l'âge de 3 mois. Nous prenons conscience avec Christine des déterminants de ses choix décisionnels, notamment vis-à-vis de sa situation conjugale et vis-à-vis de la procréation. Nous les mettons en perspective des mesures de prévention et de prise en charge que pourraient proposer les pouvoirs publics en réponse à l'épidémie de sida des femmes et des enfants en Afrique (OMS, 1995(a)). Nous en mesurons les limites, alors que les options sont élaborées dans des systèmes de valeurs et de références séparés, où la vie et la mort, ou le risque de mort, et le dire et le taire, n'ont pas le même sens.

III- 1. RECIT DE VIE DE CHRISTINE

Christine est née dans la région de Guiglo dans l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Elle est scolarisée jusqu'en 3^{ème}, élevée par sa mère puis son grand-père. Son père a rejoint plusieurs autres femmes dont il a eu 17 enfants. Une dermatose d'étiologie inconnue la déscolarise à 15 ans et l'amène chez son oncle dans la capitale, à la recherche de soins modernes spécialisés. Elle y rencontre son compagnon Marc qui est béninois. Le père de Christine refuse qu'elle épouse un homme qui n'est pas du village. Ils choisissent néanmoins de vivre maritalement à Abidjan. Marc est portier d'un des grands hôtels de la capitale où il gagne 80 dollars par mois. Ils habitent une cour dans la commune d'Attécoubé, un quartier de la ville où vivent la plupart des personnes immigrées des pays de la sous-région. L'habitat est précaire et chaud au bord de la lagune Ebrié, près du port à bois. Marc et Christine ont deux filles, Edmonde, 8 ans et Coralie, 4 ans, scolarisées toutes les deux.

En juillet 1994, Christine a 26 ans et accouche de sa troisième fille, Prisca. Une jolie petite fille toute ronde et souriante bien nourrie au sein. En novembre la petite est traitée au dispensaire urbain du quartier pour un "muguet" à répétition. En vain.

Elle souffre progressivement de malnutrition. Prisca devient cachectique, déshydratée et souffre en fait d'une candidose sévère et rebelle aux traitements. Plusieurs médecins sont consultés. Ceux-ci prescrivent un même traitement antifongique ambulatoire et quelques séances de réhabilitation nutritionnelle. Si ce traitement ne la guérit pas, dit le dernier à Christine, on fera un test. Un test sérologique. Elle ne comprend pas mais ne pose aucune question. Néanmoins cette phrase l'inquiète. Christine et sa fille disparaissent ensuite sans nouvelles pendant quelques semaines. Christine revient au début de l'année suivante en janvier. Elle pleure. Elle est épuisée. Prisca est morte. Christine veut comprendre. Elle ne peut pas admettre cette mort dit-elle, si elle ne la comprend pas. Aucun médecin lors de son itinéraire thérapeutique multiple, ne lui a donné d'autre diagnostic que la malnutrition. Entre temps, sur les conseils de gens proches ou de passants de la rue inquiets de l'état du bébé, plusieurs femmes de différents quartiers de la ville, connues pour "guérir les plaies de la bouche" ont été consultées. Vainement. En désespoir de cause, son mari, conseillé par un ami, l'a envoyé à Grand-Bassam, à 50 kilomètres d'Abidjan, faire un séjour de 10 jours à "l'Eglise du christianisme céleste". Une maladie inexpiquée et incurable relève probablement de la sorcellerie et doit être traitée comme telle: il faut combattre le diable. Elle passe plusieurs nuits allongée dans le sable aux côtés de Prisca, entourée de bougies, pendant que les adeptes de "l'Eglise", réunis autour d'elle, entrent en transe et chantent des incantations. Elle y dépense beaucoup d'argent pour acheter des bougies et des parfums. L'état du bébé s'aggrave. Christine revient à Abidjan, décidée à comprendre ce dont souffre son enfant et à faire le test dont lui parlait ce médecin. Prisca, allongée à ses côtés, meurt la nuit de leur retour de Grand-Bassam. Aucun des recours utilisés, ni l'hôpital, ni l'indigéna, ni "l'Eglise" n'a pu guérir l'enfant.

Christine revient tout de même vers la médecine moderne chercher une explication. Elle se sent coupable. *"Je me suis accusée"* dit-elle. Lors de l'allaitement elle a eu des crevasses sur les seins. Elle pense que l'enfant en a souffert et que sa candidose buccale était due au lait maternel. Suspectant un cas de sida pédiatrique et prenant conscience du silence de ses confrères, le médecin consulté en fin de parcours, décide de la prendre en charge. Le premier mot qui lui vient à l'esprit pour préparer cette conversation, est "confiance". *"Je peux t'apporter une aide et un éclairage, Christine, si tu me fais confiance"*. Christine est prête à tout entendre. L'échange dure près de deux heures. Son bébé est probablement mort de sida, mais seule la connaissance de son statut sérologique à elle pourrait le confirmer. Un test de dépistage volontaire anonyme et gratuit au Centre d'Information et de Prévention du Sida d'Abidjan lui est proposé. Elle accepte. Elle est séropositive. Sa troisième fille est bien morte de sida. Suit une série de questions et de réactions.

Christine:

"Pourquoi n'informe-t-on pas les femmes sur la transmission possible du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement?", demande Christine. Si elle avait su, dit-elle, jamais elle n'aurait eu cet enfant. *"Plus jamais"* elle ne revivrait cela. Plus jamais elle n'aurait d'enfant.

Comment avait-elle "attrapé le virus"? Va-t-elle survivre et combien de temps? Elle sait qu'il n'y a pas de médicament. En tout cas pas pour elle ici en Afrique. Quand va-t-elle devenir malade? Quand va-t-elle mourir? Que vont devenir ses filles? Et son mari, comment lui dire? Va-t-il accepter de faire son test? Est-ce qu'il va la garder à la maison ou la répudier?

Le médecin:

Comment l'amener à informer Marc? Cela durera six mois avant qu'elle puisse l'informer. Six mois pendant lesquels ils ont des rapports sexuels non protégés. Six mois pour le préparer et lui annoncer. Elle le fait. Gros choc pour Marc. Suspicion immédiate d'adultère. Grande souffrance pour Christine. Exclusion par le mutisme. Rejet par le mépris. Pendant plusieurs semaines, Marc ne lui dira pas un mot, même pas bonjour, précisera Christine. Il ne sera attentif qu'à ses maux de tête, à une toux anodine, à une fatigue occasionnelle, y reconnaissant chaque fois une menace, une perdition, une mort certaine. Il ne sera attentif qu'à sa condamnation imminente. Il la renverra à chaque instant à sa mort. Mais il ne la répudie pas. Christine appelle à l'aide. Elle a besoin au moins d'être "*respectée*" dit-elle, "*considérée en tant que personne humaine*". Sa solitude imposée lui est insupportable. Elle l'aime. Elle espère que Marc la regarde encore avec indulgence, un peu de tendresse. Marc accepte de rencontrer le médecin. Comment l'amener à reprendre une relation au moins respectueuse à l'égard de cette jeune femme, de la mère de ses enfants? Comment l'inviter à la soutenir et à l'accompagner vis-à-vis de cette souffrance personnelle, de cette culpabilité maternelle, de cet isolement familial et social? Comment amener Marc à pratiquer une sérologie? La confiance installe le dialogue et réciproquement. Marc a besoin de mieux connaître cette maladie. Il a peur. Il a besoin d'être rassuré, réconforté. Il ne peut revenir vers Christine que s'il est déculpabilisé lui aussi, et s'il peut croire en cela: Christine ne l'a pas trompé. Christine a pu être contaminée avant de le rencontrer. Elle a pu être contaminée en maternité, même si elle n'a reçu aucune transfusion. Les précautions d'hygiène vis-à-vis de l'infection à VIH, pourtant rappelées aux sages-femmes et aux responsables des formations sanitaires, sont rarement respectées. L'équipement

de décontamination, de protection, de stérilisation et d'incinération manque souvent.

Marc accepte assez vite de faire son test et son premier résultat est une sérologie indéterminée. Il refait sa sérologie trois mois plus tard. Même résultat. Tant qu'il a ce résultat, il refuse d'avoir des rapports protégés. Il est persuadé d'être infecté lui aussi. Les responsables du centre décrètent la séronégativité de Marc trois mois plus tard. Marc décide alors que le couple aura désormais des rapports protégés.

Christine déclare avoir été fidèle à son mari depuis plus de dix ans. Elle n'a jamais été transfusée. A-t-elle été infectée en maternité, en milieu de soins, ou avant de rencontrer Marc? Il se passe encore un an avant que soit repérée la source probable de contamination. C'est en accompagnant en phase finale les malades atteints de sida à l'hôpital dans le cadre de ses activités associatives, qu'elle se souvient: l'homme auquel elle était "fiancée" avant de rencontrer Marc est mort il y a quelques années d'une longue maladie qu'elle attribue rétrospectivement au sida. La femme de ce jeune homme est décédée quelques temps après avoir présenté la même symptomatologie. Christine se souvient qu'ils ressemblaient aux malades atteints de sida auxquels elle rend visite aujourd'hui au service de Maladies Infectieuses du CHU de Treichville. Elle comprend alors qu'elle a pu être contaminée par ce fiancé.

Qu'en est-il de ses deux filles aînées? Sont-elles infectées? Elle acceptera très rapidement de faire pratiquer une sérologie à l'aînée. Edmonde est séronégative. Christine attendra un an de plus avant de faire pratiquer une sérologie à la seconde. Coralie est séronégative.

Afin d'être aidée à affronter moins seule sa séropositivité, Christine est orientée vers les membres de l'association des personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, l'association Lumière Action. Christine adhère à l'association, y est très active et très appréciée. Elle coordonne pendant un an les activités de la Commission Femmes de l'association. C'est la personne la plus pertinente et la plus efficace pour mener des actions de sensibilisation, notamment envers les femmes et les femmes enceintes. Elle "veut que toutes les femmes sachent ce qu'elle ne savait pas: une mère peut transmettre le virus du sida à son enfant pendant la grossesse". Elle le leur dit en français, en dioula et en guéré. Elle les invite au dépistage volontaire.

Deux années ont passé depuis la mort de leur bébé. La mère et la soeur de Marc s'interrogent sur l'infécondité prolongée et inexpliquée de Christine. Au Bénin, la coutume veut que moins de trois mois après la mort d'un bébé, une mère soit de nouveau enceinte. Si Christine ne fait plus d'enfant, elles sont prêtes à proposer à Marc une autre femme, lui disent-elles. En outre le père de Marc exige de lui un héritier, un fils. Face à ces pressions familiales, Marc demande à Christine s'il peut "prendre une autre femme pour faire enfant avec elle". Christine répond qu'il ne saura rien du statut sérologique de cette nouvelle femme et le sensibilise au risque d'infection par le VIH. S'il rencontre une autre femme, elle risque de l'infecter. Elle lui dit aussi que si leurs filles sont éduquées, plus tard elles vont les aider. Christine veut garder Marc près d'elle et Marc veut un fils. Il renonce à une autre femme et propose à Christine d'avoir cet enfant. Il a conscience des risques, celui de son infection et de celle de l'enfant. Mais il s'en remet à Dieu. Il est catholique. Selon lui, *"Dieu a mis un enfant infecté au monde pour leur révéler la séropositivité de Christine. Cet enfant est mort parce qu'il a été allaité par une mère séropositive et*

que les seins avaient des crevasses". Marc n'a rien fait à Dieu. Il ne mérite pas que cette souffrance soit renouvelée. Dieu le protégera et protégera cet enfant. *"Ce sera un fils. Et il sera séronégatif"*. Marc referra un test de dépistage après l'accouchement.

Christine oscillant entre des pressions morales et sociales antinomiques, consulte un autre médecin et une femme de son association. Tous la dissuadent d'accepter une nouvelle grossesse. *"Tu vas mourir, un jour ton mari se remariera et il aura d'autres enfants"* dit sa compagne associative. Mais Christine croit en la sincérité de Marc et elle lui fait confiance. *"C'est pour te protéger de mes parents, lui dit-il, que tu vas prendre cette grossesse comme si tu étais séronégative"*: il choisit le risque d'infection lors d'un rapport non protégé avec elle, et le risque de contaminer un autre enfant, plutôt que d'informer ses parents de la séropositivité de sa femme...

A son retour de congés en septembre 1997, Christine rend visite à son médecin: *"je viens vous dire une confidence"*, dit-elle. Elle est enceinte. De son quatrième enfant. Elle a honte et elle rigole en même temps. Elle anticipe la réaction du médecin: il s'étonne du chemin parcouru, des contradictions qui ont pu la mener, elle, à la fois si convaincue et militante, à cette décision. Est-ce sa décision? Elle se demande dans les mêmes secondes quelle va être la réaction du médecin: manifester un mécontentement face à une attitude peu raisonnable, ou s'attendrir avec elle sur sa maternité et se réjouir de sa joie? Christine est gênée mais heureuse et confiante. Ce bébé est devant nous. A-t-on le droit de juger sa mère? Ecoutons plutôt. Que s'est-il passé? Il s'est passé deux ans depuis la dernière naissance. La famille est intervenue. Et il n'était pas question de leur parler du VIH de Christine.

La grossesse se passe bien. L'échographie pratiquée à la demande de Christine montre que c'est un fils.

Dès que sa grossesse devient visible, Christine est privée, par décision des membres de Lumière Action, de ses responsabilités associatives et interdite de ses activités de sensibilisation dans les centres de protection maternelle et infantile. Elle est jugée sévèrement par les membres de l'association qui considèrent cette attitude personnelle comme contraire à l'éthique associative et dangereuse pour leur image. Christine reste néanmoins membre de l'association et pourra reprendre ses activités publiques à l'issue de sa grossesse.

L'accouchement se passe bien. Le petit garçon s'appelle Désiré-Philippe. Le bien nommé. Marc est le plus heureux des hommes. *"Il souriait même avant de rentrer dans la chambre, et pour la première fois quand j'accouche il m'a embrassée"*, dit Christine.

Il faudra attendre encore plusieurs mois pour savoir si « Dieu l'a épargné cette fois ». Christine décide de ne pas allaiter l'enfant. Des pratiques traditionnelles existent, soit pour provoquer une montée de lait chez une seconde mère, soit pour alimenter directement le nouveau-né. Dans le premier cas, la mère nourrice, dont il faut aussi connaître le statut sérologique, applique sur ses seins les feuilles de certaines plantes, dont l'identification est tenue secrète par les "vieilles". Ceci, assorti d'un régime alimentaire bien défini provoque une montée de lait en quelques jours. Dans le second cas, l'enfant peut-être nourri pendant deux mois à la sève de palme, puis son alimentation diversifiée très progressivement avec de la farine de maïs. Christine renonce à ces pratiques. Elle sera éduquée et économiquement accompagnée par son entourage pour nourrir son bébé au lait artificiel. Le bébé

présente à six semaines un épisode de muguet qui a complètement régressé sous traitement. Il a près d'1 an aujourd'hui et se porte bien.

III-2. QUESTIONS SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU SIDA DE LA MERE ET DE L'ENFANT EN AFRIQUE

L'histoire de Christine illustre à elle seule toute la complexité des enjeux de l'infection à VIH des femmes en Afrique. L'énigme de santé publique à laquelle nous sommes confrontés est de savoir comment rendre conciliables les réalités sociales, familiales et culturelles des populations et des acteurs de santé d'une part, et l'obligation de lutter efficacement contre une épidémie mortelle liée à la sexualité et à la procréation d'autre part. A quels systèmes de valeurs les uns (patients) se réfèrent-ils pour prendre leurs décisions et faire leurs choix, les autres (acteurs de santé) pour les orienter autrement et susciter des changements de comportements? Ces systèmes de valeurs peuvent-ils se rencontrer? Que nous apprend l'histoire de Christine?

III-2.1. SUR LE PLAN MEDICAL

III-2.1.1. La méconnaissance de la transmission mère-enfant du VIH par les femmes, et du sida pédiatrique par les personnels de santé

Les femmes de la population générale ne connaissent pas le mode de transmission du virus du sida de la mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Elles connaissent seulement les modes de transmission sanguine et sexuelle du virus. Les programmes nationaux de lutte contre le sida, en concertation avec les programmes de santé de la reproduction et les programmes de santé maternelle et infantile, doivent développer des actions

spécifiques d'information sur le sida de la mère et de l'enfant en direction des femmes et de la population générale.

Le diagnostic du sida du nourrisson est méconnu de la plupart des personnels de santé des centres de protection maternelle et infantile. La malnutrition secondaire à une pathologie opportuniste non identifiée passe au premier plan, d'autant que les recours sanitaires se situent chaque fois en des endroits géographiquement dispersés et que la non fidélisation de l'enfant sur un site sanitaire rend difficile l'appréciation, par les médecins, de la chronicité de la pathologie. Pourtant rebelle, la malnutrition est cependant exceptionnellement attribuée au sida. La cellule de réflexion sur l'élaboration d'une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, en appelle à la formation de tous les personnels de santé des PMI et maternité sur ces aspects spécifiques de l'épidémie: la grossesse séropositive et le sida pédiatrique. La connaissance du statut sérologique de la mère, si le dépistage lui était proposé en prénatal, permettrait de fidéliser le suivi du nourrisson, d'anticiper ces pathologies, les conséquences familiales et sociales du sida (Groupe de réflexion consultatif, PNLS 1995).

III-2.1.2. Des itinéraires thérapeutiques multiples

Les itinéraires thérapeutiques de Christine sont répétés, multiples et coûteux, par méconnaissance ou silence des personnels de la santé sur cette pathologie, mais aussi du fait de leur incapacité à guérir. L'ignorance et l'incompréhension de la mère l'invitent à une quête de soins sans fin et à diversifier ses recours au gré des conseils de son entourage. Le silence médical laisse libre cours aux interprétations traditionnelles d'une maladie chronique inexpliquée et incurable sur laquelle seul le "sorcier" a un pouvoir. Si la cause attribuée à la maladie relève du surnaturel, le

patient doit chercher une guérison spirituelle. Tous les recours sont utilisés, la médecine moderne, la médecine traditionnelle, l'intervention spirituelle. Aucun ne nomme la maladie sida (Barbé et al, 1995). Si la maladie et la mort ne sont pas attribués au sida par défaut de prise en charge dans les services publics de soins, ceci peut devenir un obstacle majeur à la prévention d'une transmission ultérieure. Il est urgent que les médecins et l'ensemble des soignants, lorsqu'ils sont formés et équipés, prennent leurs responsabilités vis-à-vis de cette pathologie et contribuent effectivement à la lutte contre le sida en Afrique.

III-2.1.3. L'accès des femmes enceintes à la monothérapie AZT

La décision de Christine d'avoir un autre enfant appelle certes les pouvoirs publics à intensifier leurs actions de prévention de l'infection à VIH, de planning familial en direction du public féminin et de promotion du dépistage volontaire et du conseil en direction de la population générale et des femmes enceintes, même si les avis sur l'efficacité de telles interventions sur l'utilisation des préservatifs ou le désir de grossesse sont partagés (Allen et al, 1992) (Allen et al, 1993) (Raynaut, 1996) avec cependant de bons résultats dans un pays à très forte prévalence comme l'Ouganda (Muller et al, 1992). Mais ce choix invite aussi la communauté scientifique internationale à développer des interventions thérapeutiques de réduction de la transmission mère-enfant du VIH efficaces et économiquement accessibles aux patientes des pays en développement. La Zidovudine a prouvé son efficacité en Europe et aux Etats-Unis selon un protocole précis et chez des mères non allaitantes (Connor et al, 1994) (Sperling et al, 1996). Des essais sont en cours en Côte d'Ivoire avec des régimes de zidovudine allégés (posologies plus faibles, et administrations de durée plus courte), où le produit est administré exclusivement

par voie orale chez des femmes allaitantes (Welfens-Ekra et al, 1995) (Welfens-Ekra et al, 1997). L'acceptabilité du dépistage est bonne mais 35% des femmes dépistées ne viennent pas chercher leur résultat, et un certain nombre de femmes n'accouchent pas sur le site prévu (Msellati et al, 1997) ce qui les exclut naturellement de l'essai. S'il s'avère que ces essais, dont la tolérance et la faisabilité sont acquises (Welfens-Ekra et al, 1997), sont aussi efficaces (l'essai mené en Thaïlande (MMWR, 1998) a montré une efficacité chez des femmes non allaitantes), la question suivante est celle du coût et du financement de ces interventions sur le continent, incluant les réactifs pour le dépistage sérologique, la formation des personnels de santé au dépistage-conseil et suivi des femmes enceintes séropositives, et les médicaments spécifiques. A titre indicatif, on estime à 400 000 le nombre de femmes enceintes par an en Côte d'Ivoire. Environ 1/4 sur l'ensemble du pays se présente en consultation prénatale, soit 100 000 femmes. Si 80% d'entre elles acceptent de se faire dépister comme l'invitent à le croire les essais en cours (hypothèse haute car le test est proposé gratuitement et dans d'excellentes conditions de conseil qui ne sont pas celles des pratiques de routine), et que le réactif rapide coûte 3 dollars, le dépistage prénatal se budgétise à hauteur de 240 000 dollars en réactifs par an. Si 15% des femmes dépistées sont séropositives, soit 12000 femmes, et que le traitement par Zidovudine administré par voie orale actuellement prescrit en Côte d'Ivoire est de 150 dollars par femme, comme le précisent les chercheurs, ceci nous mène à un coût du médicament spécifique de 1 800 000 dollars par an. Soit au total plus de 2 millions de dollars par an pour cette intervention, le financement de la formation des personnels de santé à cette politique non inclus. Si l'industrie pharmaceutique accepte, selon les récentes déclarations du laboratoire Glaxo-Wellcome (Wall Street Journal, 1998),

pour les seules femmes enceintes, de réduire de 75% le prix du médicament AZT compte tenu des résultats sur la réduction du taux de transmission materno-foetale du VIH de 50%, observés en Thaïlande avec un régime court de zidovudine dont le coût est estimé à 50 dollars (MMWR, 1998), la faisabilité de ces interventions en Côte d'Ivoire est réelle étant donné l'importance des financements nationaux et internationaux accordés à la lutte contre l'épidémie dans ce pays. Reste à définir une clé de répartition des coûts entre les patientes et leurs familles, le gouvernement ivoirien et la communauté internationale, ce qui ne se discute pas en dehors de l'élaboration d'une politique nationale budgétisée préalable. Notons que la contribution des patientes ne pourra être significative étant donné la précarité des situations sociales de celles-ci et le prix des autres prestations prénatales mises en recouvrement. Les essais en cours permettent d'observer un taux d'acceptabilité élevé des patientes pour le dépistage car le test est gratuit. S'il était payant, il représenterait selon nos estimations, le quart du prix du bilan prénatal minimum ce qui serait dissuasif. Le réactif doit être subventionné par l'Etat dans le cadre d'un programme de prévention. La Côte d'Ivoire en a la capacité de financement. Les actions de sensibilisation des jeunes filles aux MST/sida et de sensibilisation sur les mesures d'espacement des naissances doivent être plus étendues et plus convaincantes.

III-2.2. SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE

Christine ne se satisfait pas d'incertitudes et d'interprétations de sorcellerie ou d'empoisonnement. Elle demande à comprendre la mort de son enfant. En fin de parcours, elle retourne vers la médecine moderne. Cette demande est essentielle: elle assoit la confiance productrice de vérité qui autorise le médecin à dire le sida.

Cette quête de compréhension de Christine la met en situation d'écoute et la prépare à affronter, voire à assumer, une démarche puis une annonce douloureuses, qui en outre la culpabilisent à la fois vis-à-vis de sa situation conjugale, de sa maternité, de la procréation et de la mort. La mort immédiate de son enfant. Celle potentielle de son conjoint. Et de sa mort certaine: que vont devenir ses enfants?

Comment partager avec Marc sa séropositivité? Elle profite de ses nouvelles activités au PNLS et à l'association Lumière Action, qui accueille les personnes infectées ou affectées, pour parler du sida à la maison. Il faudra six mois à Christine pour annoncer à Marc sa séropositivité. Comment amener Christine à informer Marc plus tôt? Que pouvons nous répondre à sa situation: proposerait-elle le préservatif à Marc subitement pour la première fois depuis dix ans, sans lui annoncer du même coup sa séropositivité dans un pays où «capote = sida»? Il s'interrogerait forcément, se douterait de quelque chose. Or elle n'est pas prête à lui dire. Pas maintenant. Il la répudierait. Où irait-elle s'abriter et se nourrir? Il la chasserait peut-être sans ses filles, comme Amélie qui a dû être accueillie chez son frère. Alors que la loi ivoirienne accorde la puissance parentale exclusivement au père même en dehors du mariage, elle n'aurait aucun recours pour récupérer des enfants non allaités de plus de deux ans, même si le droit coutumier lui reconnaissait un droit sur eux.

On mesure ici la vulnérabilité culturelle et sociale des femmes, mais plus graves sont leurs vulnérabilités économique et vitale, puis juridique. Le droit ivoirien, en se fondant sur un principe économique justement, accorde d'emblée la puissance paternelle au père détenteur potentiel des revenus pour élever l'enfant. Toute autre situation, pour être légale, doit être plaidée devant le juge des tutelles. Pour plaider en justice, il faut connaître ses droits et ses recours, avoir du temps et des revenus,

souvent savoir lire et écrire. Les femmes sont rarement en position de le faire. Les personnes séropositives non plus.

Cette situation interroge aussi sur les stratégies mises en oeuvre par les programmes nationaux et leur impact. Le contenu des messages reste, pourtant dix ans après le début du Programme, quasi-exclusivement axé sur l'usage du préservatif. Rarement les messages abordent la notion de séropositivité versus maladie, l'insertion professionnelle des séropositifs, leur insertion conjugale et leur insertion familiale, les risques de transmission à l'enfant. La population sait qu'elle doit porter des préservatifs pour se protéger du sida, mais elle ignore tout de la séropositivité et de la vie auprès des personnes séropositives. Le sida est présenté comme une maladie liée à l'adultère et à la prostitution. La population ignore tout du sida familial.

Christine prépare Marc à toutes ces notions pendant six mois. Christine fait ce qu'auraient dû faire les autorités sanitaires depuis dix ans. Elle annonce son résultat à Marc quand elle pense qu'il a assez d'éléments pour garder confiance en elle et ne pas la rejeter. Notons que sa crainte d'annoncer à Marc son statut sérologique, réside moins, tout compte fait, en sa vulnérabilité sociale, que dans le manque d'information dont Marc dispose pour réagir raisonnablement et la préserver alors d'une situation économique ou juridique insurmontable.

Marc ne pourra pas partager avec ses parents la séropositivité de Christine, ce qui lui interdit de justifier auprès d'eux leur choix de ne pas avoir d'autre enfant. Marc pense aussi que ses parents n'ont pas les éléments pour réagir raisonnablement et que leur première réaction va être le rejet de Christine.

Enfin cette situation invite à rendre plus accessible le dépistage volontaire à la population générale, à appeler chacun à connaître son statut sérologique. Il s'agit alors moins de désigner le coupable que de "vivre ensemble".

III-3. L'ENGAGEMENT ASSOCIATIF DE CHRISTINE ET SON EMANCIPATION SOCIALE

Dès la confirmation de son statut sérologique, Christine découvre l'association Lumière Action, la première association de personnes vivant avec le VIH constituée en 1994 en Côte d'Ivoire. La Commission Femmes contribue à plusieurs activités du Programme National de Lutte contre le Sida: sensibilisation des femmes enceintes dans les PMI, accompagnement des malades et de leurs familles en hôpital de jour ou à domicile, élaboration d'une politique de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, étude sur les pratiques traditionnelles alternatives à l'allaitement maternel, étude d'acceptabilité du coût de la sérologie VIH dans le bilan prénatal, sensibilisation en langues locales des femmes dans les villages, émissions radiophoniques et émissions télévisées d'information, de sensibilisation, production de documentaires et de films, de dépliants et d'affiches, etc. L'engagement de Christine est majeur. Elle veut que les autres femmes sachent que le sida a des faces cachées, et que le virus peut être transmis par la mère à son enfant. Elle souhaite que tous soient mieux informés sur la maladie, que les femmes, notamment les jeunes filles, soient moins sexuellement exposées et mieux informées sur leurs droits. Elle les invite partout à connaître leur statut sérologique. A l'hôpital, elle se dévoue corps et âme pour les malades: *"je me porte bien, je peux aider d'autres personnes qui ne se portent pas bien"*, dit-elle.

Pour la première fois de sa vie, Christine a une fonction sociale extra domestique. Elle s'en trouve valorisée. En quelques mois, elle est transformée, épanouie, émancipée par son utilité et ses activités sociales, publiques et communautaires. Paradoxalement peut-être, sa séropositivité l'a sortie de l'ennui de ses activités ménagères, de l'environnement analphabète de la cour commune d'Attécoubé. Marc découvre et apprécie sa nouvelle femme. Indemnisée pour ses nombreuses activités dans le cadre des projets auxquels elle participe, elle triple aussi leurs revenus mensuels. Christine est le cas le plus percutant contre la thèse de ceux qui revendiquent, à leur place, le droit pour les femmes séropositives en Afrique de ne pas connaître leur statut sérologique (Temmerman et al, 1995) (Msellati et al, 1996), contrairement à leurs aspirations (Dédry et al, 1995) et illustre une réponse en faveur du droit pour ces femmes d'exister séropositives (Kerouedan, 1995) si elles sont accompagnées dans ce sens. Si les femmes ont consenti à se faire dépister et ne reviennent pas chercher leurs résultats (Ladner et al, 1996) (Msellati et al, 1997), il faut leur éviter à tout prix de devoir revenir. Le dépistage prénatal pourrait être proposé en périphérie par tests rapides immédiatement techniques et le résultat sérologique et les conseils communiqués dans la même matinée.

III-4. SIDA ET PROCREATION: VIE ET RISQUE DE MORT

Christine l'a démontré: elle est la plus concernée, la plus responsable et la plus motivée des femmes pour lutter contre l'infection à VIH et prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. Elle assoit ses pouvoirs de communication et de conviction sur son vécu personnel. Pourtant, aujourd'hui, elle risque une nouvelle grossesse.

III-4.1. LES PRESSIONS FAMILIALES

Marc et Christine s'étaient entendus pour ne plus avoir d'enfant. C'était leur décision. De ce point de vue ils ne cédaient pas aux regards et aux pressions sociales et culturelles, même non exprimées, des habitants de la cour commune. Mais les pressions familiales, féminines en faveur de la procréation, masculines en faveur de la naissance d'un fils, sont intervenues pour changer radicalement leur décision conjugale. Ils ne peuvent rester sur la mort d'un enfant. Et Marc doit avoir un fils, quitte à changer de femme. Notons que ces conseils familiaux ignorent totalement l'épidémie plus de dix ans après ses débuts, et le risque de sa propagation lié aux pratiques encouragées.

III-4.2. LES CRAINTES SOCIALES: TAIRE LE SIDA

L'enjeu n'est pas seulement dans la nécessité de répondre à la demande du père pour Marc. La décision de faire un enfant souligne surtout l'incapacité de ce couple à partager avec des membres proches de leur famille le diagnostic de Christine. Et l'impossibilité de partager dans le même temps les arguments de leur décision de ne pas avoir d'autre enfant. Marc n'a confiance ni en sa mère, ni en sa soeur, ni en son père: il veut "protéger Christine de ses parents". Il est certain que s'ils apprennent la séropositivité de Christine ils lui demanderont de la quitter. Pour se protéger de l'exclusion, dont l'ignorance est le déterminant majeur, et pour avoir un fils, Marc et Christine auront un quatrième enfant.

Que doit-on faire pour vaincre la peur et la stigmatisation qui engendrent à leur tour la peur, le rejet et l'exclusion? Les stratégies de prévention et les méthodes de communication menées en réponse à l'épidémie ne sont-elles pas mises en question par ce cas de figure?

III-4.3. UNE HISTOIRE D'AMOUR ET DE MATERNITE

Christine cède à la demande de Marc. A-t-elle le choix? Est-elle en position d'accepter de perdre son mari? Mais, ne l'oublions pas, cette décision est aussi une histoire d'amour. Si rares sont les interventions qui évoquent l'amour à propos du sida (Dupuis Roudel, 1997). Elle aime son mari. Elle lui fait confiance. Elle le respecte. A ces titres, elle veut le satisfaire. Elle s'abandonne. Peut-on aimer sans s'offrir, témoigner de son amour sans s'abandonner? Pas un seul instant, son mari n'évoque le risque de sa contamination, même s'il l'a compris. Ils partagent *"une force dont ils sont sûrs qu'elle va les protéger: la confiance en eux-mêmes et la confiance en Dieu"*.

Cette décision est aussi pour Christine une affaire de maternité. Christine est une femme jeune. Elle n'a que deux enfants. Elle a envie, une fois levées les inhibitions morales vis-à-vis de son mari consentant, d'un autre enfant. Bien sûr qu'elle aussi veut un garçon. Elle s'abandonne à son homme, à cette maternité et à ce désir de fils. Qu'a-t-elle à perdre à le décider si elle apporte une ultime satisfaction à sa famille, si elle donne un sens à son sursis?

IV- LES ENFANTS DE CHRISTINE, LES ORPHELINS DU SIDA

Que vont devenir ses filles? Au moment de l'annonce de son résultat sérologique, c'est une des premières préoccupations de Christine. Ce n'est que dans un second temps qu'elle s'interroge sur leur sérologie. Les deux filles sont séronégatives. La question est bien de savoir ce qu'elles vont devenir en l'absence de Christine. La séronégativité de Marc la rassure. Il sera là pour les élever. Christine anticipe sa mort jusqu'à améliorer ses relations familiales avec ses soeurs et tantes au bénéfice futur de ses filles, si un jour elles leur étaient confiées. Cette

préoccupation toute réelle ne s'étend cependant pas à la nouvelle naissance. L'enjeu ici pour elle est d'abord de donner un fils à son mari. En outre, en s'éloignant du moment de l'annonce de sa sérologie, alors qu'elle reste asymptomatique, Christine perçoit parfois sa mort moins immédiate, ce qui lui permet de prendre plus facilement des décisions la projetant dans l'avenir, même proche dit-elle. La discussion internationale actuelle sur la disponibilité éventuelle de thérapeutiques antivirales pour les malades atteints de sida en Afrique lui donne aussi de l'espoir.

Pense-t-elle un seul instant à l'enfant? L'enfant de la séropositivité, même s'il échappait au virus, demande-t-il à naître d'une mère peut-être appelée à mourir? Informés, lorsqu'ils le sont, les parents ont seuls le pouvoir de décision. Il ne peut en être autrement. Le fils devenu adulte comprendra-t-il que le devoir de sa mère n'était pas d'épargner qui que ce soit de la mort mais qu'il s'agissait plutôt pour elle de risquer de donner la mort (à l'enfant ou au père) en donnant la vie et en offrant au père un fils?

Il est très difficile de savoir combien sont les orphelins du sida en Côte d'Ivoire. Seules des projections existent (Soro et al, 1992) (Union Européenne et al, 1997) qui les annoncent par centaines de milliers dès 1998. Ils sont déjà là. Le dépistage volontaire des femmes enceintes est encore rarement proposé, les malades aux itinéraires multiples sont peu pris en charge dans les formations sanitaires publiques et non fidélisés pour la plupart. En dehors d'un suivi prospectif, il est difficile de savoir ce que deviennent les enfants. Seuls le dépistage précoce et le suivi prospectif des femmes enceintes ou des personnes atteintes de sida permettraient de les suivre jusqu'au décès et d'observer le nombre et le devenir spontané de leurs enfants. Une étude qualitative et quantitative de la situation des orphelins du sida est en cours en Côte d'Ivoire, pour étendre le champ géographique d'une étude

menée précédemment (Kouakou et al, 1995) et tenter de définir les grandes lignes d'une politique dans ce domaine. Le diagnostic de sida étant souvent méconnu et la mort parentale restant sans étiologie, l'orphelin de sida est jusqu'ici rarement identifié comme tel. Il rejoint le groupe plus large des orphelins. En dehors de recours spécifiques, le droit coutumier régit le devenir familial de l'enfant. Le substitut parental est repéré en fonction de la matrilinearité ou de la patrilinearité. Souvent le lévirat autorise le frère à hériter des biens, des femmes et des orphelins du défunt. Dans tous les cas le problème majeur n'est pas tant la survie de l'enfant que son éducation, son insertion sociale, et son devenir.

V- LE DEVOIR DES POUVOIRS PUBLICS, ET APRES?

V-1-INFORMER ET FORMER...

Les pouvoirs publics ont l'obligation d'informer les populations. Le font-ils? S'ils le font, l'information passe-t-elle? L'histoire de Christine révèle l'ignorance de la population au-delà du seul message du préservatif, de la séropositivité, et la méconnaissance des femmes, et de tous, du mode de transmission de la mère à son enfant. Les programmes nationaux africains, sous tutelle onusienne depuis dix ans, ont privilégié la prévention de la transmission sexuelle et sanguine du VIH, aux dépens d'actions d'information, de prévention et de prise en charge du sida de la mère et de l'enfant. Pourtant, en Côte d'Ivoire, dès 1992, 12% des femmes qui accouchent dans une maternité de la capitale sont séropositives. En 1995 ce taux passe à 15%. En 1997, il n'y a toujours pas dans ce domaine d'orientation internationale ni de l'OMS, ni de l'UNICEF dont le mandat pourtant clairement affirmé est bien l'amélioration de la santé des mères et des enfants, ni même aujourd'hui de l'ONUSIDA. Comment renforcer activement les stratégies de

prévention auprès des jeunes filles et des femmes? Doit-on proposer le dépistage volontaire des femmes enceintes dans les PMI et les maternités? Selon quelles modalités? Et avec quel tarif et quels financements? Quel doit être le contenu de la formation des personnels de santé sur le sida de la mère et de l'enfant? Peut-on proposer l'avortement "thérapeutique", jusqu'à quel terme? Quel doit être le contenu du conseil et de l'information aux mères? Quelle peut être la contribution des politiques d'espacement des naissances à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH? Comment se situer vis à vis du partenaire père présumé de l'enfant? Comment concilier l'obligation déontologique protégeant la mère et la loi donnant toute puissance paternelle au père? La Côte d'Ivoire est le seul pays d'Afrique francophone à avoir réfléchi à quelques réponses: rendre prioritaires les actions d'information des femmes en langues locales sur leurs lieux de vie; étendre la sensibilisation sur le sida et les MST et le planning familial aux femmes consultantes des centres de protection maternelle et infantile et des maternités; rendre plus accessible le planning familial ce qui devrait être facilité par les programmes de santé de la reproduction actuellement mis en place; former les personnels de santé des PMI et des maternités; proposer le dépistage volontaire systématique à la consultation prénatale; rendre le test sérologique accessible géographiquement et financièrement par une subvention de l'Etat; maintenir le secret médical à l'égard du père; conseiller les mères, les préparer à informer le père et à l'inviter au dépistage, etc.. La contribution de la Commission Femmes de Lumière Action à la mise en oeuvre pilote de cette politique dans la région d'Abidjan est remarquable.

La question de l'allaitement appelle quelques commentaires. Il est très difficile d'informer collectivement les femmes sur la possible transmission du VIH par le lait

maternel sans nuire en même temps à la politique nationale de promotion de l'allaitement, surtout en milieu urbain. Nous avons choisi en Côte d'Ivoire, dans le cadre des projets de recherche ou de mise en oeuvre pilote de la politique de prévention de la transmission mère-enfant, de n'évoquer ce risque de transmission qu'avec les femmes enceintes dépistées séropositives. Ceci permet d'anticiper et de répondre à toutes les questions des femmes et de préparer avec elles, soit le sevrage du bébé à six mois, selon la politique élaborée ici, pour éviter au moins les transmissions postnatales tardives, soit l'alimentation par le lait artificiel si leurs conditions familiales, domestiques et socio-économiques le permettent. Les personnels de santé formés réagissent au cas par cas. En attendant les résultats d'études prospectives de la transmission du VIH par le lait maternel menées en Afrique de l'Est, une étude sur les pratiques traditionnelles alternatives à l'allaitement maternel est en cours en Côte d'Ivoire.

V-2- ...ET APRES ?

Leur vécu personnel et familial de l'infection à VIH a fait passer l'information au sein du couple Marc-Christine. Ils ont vu mourir leur enfant atteint de sida. Christine est devenue actrice de la lutte contre le sida en particulier en direction des femmes à l'échelle nationale de son pays. Elle a informé Marc qui connaît son statut sérologique. Il est séronégatif. Pourtant il risque des rapports non protégés. Pourtant il et elle prennent le risque d'avoir un autre bébé.

Il ne suffit donc pas de savoir pour changer de comportement. On l'avait déjà constaté. En témoignent les études de connaissances, attitudes et pratiques menées en Côte d'Ivoire qui révèlent une excellente connaissance de la maladie et de son mode de transmission sexuelle (Dédry et al, 1990), et le nombre des préservatifs

vendus versus les taux d'utilisation: en Côte d'Ivoire: 60% des jeunes de 15-24 ans n'utilisent jamais de préservatifs (Dédry et al, 1993), alors que 12 millions de préservatifs ont été vendus pour la seule année 1996 (PSI, 1996).

VI- CONCLUSION

L'histoire de Christine cette fois nous mène au-delà de ces constatations et nous interpelle davantage sur la nature des valeurs à l'origine de certains choix. L'histoire de Christine ne démontre pas seulement qu'il ne suffit pas de savoir pour changer de comportement. Elle nous révèle qu'il ne suffit pas non plus d'avoir souffert, de vivre la proximité de la mort, d'avoir appris de cette expérience. D'autres valeurs affirment leur puissance sur la prise de risque. D'autres données valent plus que la vie: l'amour, le désir de maternité, le désir de vie, le désir d'un fils, le miroir des parents, la fierté, un regard humain, le respect, la dignité: le silence et la mort, plutôt que le rejet et l'opprobre.

Même si l'on tente d'identifier les déterminants de tel ou tel comportement, de telle ou telle décision, comment les nuancer, les orienter, les modifier? Si le désir de vie peut rejoindre la mort à brève échéance, que peut-on faire? Christine prend le risque d'avoir un autre enfant atteint de sida. Marc prend le risque d'être infecté par le VIH et de mourir peut-être lui aussi. Pour l'un et l'autre, l'enjeu est d'avoir un fils, pendant qu'ils sont vivants, la femme pour continuer à exister au regard de son mari, l'homme pour exister dignement au regard de son père. Pour l'un et l'autre, il s'agit surtout de ne pas partager la séropositivité de Christine avec les parents de Marc.

Parfois le sens de la vie c'est la dignité, au prix du risque de rencontrer la mort. Et non la vie pour la vie. Christine a accepté de perdre sa dignité un instant,

l'instant qui lui a permis de dire sa séropositivité à Marc. Ce courage, ce renoncement, ne sont pas donnés à tout le monde: *"je partage avec moi seule mes problèmes, mes peines et mes douleurs"*, dit-elle. Elle retrouve sa dignité, et le sens de sa vie, en offrant un fils à Marc et à sa famille. Marc n'accepte pas de perdre sa dignité, même un seul instant.

"Ce récit de vie, fort enrichissant, montre comment la construction de conduites et de comportements à l'égard du VIH/sida peut être subordonnée au système de valeurs culturelles et notamment à celui des obligations familiales. Le poids des normes culturelles compresse la connaissance acquise (et quelle connaissance!) jusqu'à la confiner à une place négligeable. De ce fait, les règles culturelles participent à l'élaboration d'une hiérarchie des risques au sein de laquelle chacun d'entre eux aurait un sens et des implications différents. Le respect de la règle selon laquelle une naissance doit survenir rapidement après le décès de l'enfant, la reconnaissance familiale et le désir de satisfaire l'homme en donnant naissance à un garçon conditionnent des réponses précises qui s'expriment par la parole et le corps. Le risque de rejet et de la non reconnaissance (par la famille comme mère) sont plus fort que celui de la mort. Ils sont pensés comme des menaces, les dangers les plus importants au sein du quotidien. On voit très bien comment la réponse à un risque repose sur la prise d'un autre risque. C'est le court terme contre le long terme. C'est la famille contre l'individu, le communautaire contre l'individuel"(Tijou, 1997).

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

L'épidémie de sida continue de se propager de façon préoccupante en Afrique de l'Ouest malgré la mobilisation sans précédent de ressources humaines, matérielles et financières consacrées à la lutte contre cette pandémie pendant plus d'une décennie. Les objectifs de la stratégie mondiale, de l'OMS à l'ONUSIDA, puis des organisations internationales et bilatérales n'ont pas été atteints.

Notre travail, conformément à l'une des hypothèses formulées, tout en rappelant la complexité de l'épidémie de sida et la multiplicité des déterminants de sa propagation en Afrique, permet d'attribuer cet échec relatif:

- Au contenu des stratégies élaborées dans les années 80 par les institutions de référence de l'ONU pour les pays africains, privilégiant la prévention de la transmission sexuelle du virus, très succinctes du point de vue conceptuel,
- à la façon exclusive dont ces institutions ont exercé leur tutelle sur les gouvernements africains privés de leurs responsabilités et de leurs capacités d'élaboration des stratégies nationales. Nous avons analysé également dans la première partie de ce travail les déterminants du choix des stratégies des coopérations bilatérales, et de l'implication progressive des autres institutions internationales de développement telles que l'Union Européenne et la Banque Mondiale sur le secteur santé et plus spécifiquement sur la lutte contre le sida.
- A la non adaptation des stratégies initiales aux évolutions de l'épidémie : la prise en charge médicale de malades atteints de sida et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, ne sont considérés à la fin des années 90 qu'à travers la question médiatisée de l'accessibilité des patients africains aux thérapeutiques spécifiques antirétrovirales, alors que l'accès au dépistage sérologique et aux médicaments essentiels et génériques pour le traitement

des infections opportunistes est encore aujourd'hui pour la plupart des malades d'Afrique de l'ouest aléatoire.

La seconde partie de ce travail amène des propositions stratégiques opérationnelles.

Nous plaidons en faveur d'une nouvelle approche de l'aide internationale facilitant la participation effective des autorités nationales à l'élaboration des stratégies sanitaires dont les orientations soient définies davantage en fonction de critères techniques ou d'efficience des actions choisies, sur la base d'études ou de données d'évaluation. Si la nécessité de l'appui technique et normatif occidental est indiscutable, sa forme ne doit pas pour autant priver les responsables nationaux de l'initiative de la conception des interventions et du financement de leur mise en oeuvre, d'autant que certains pays africains, dont la Côte d'Ivoire, disposent des ressources humaines, logistiques et financières pour mener à bien la lutte contre le sida.

Les orientations internationales de l'appui au développement sanitaire des pays du Sud suivent celles de l'aide au développement. Elles sont parfois définies en fonction des contraintes de la politique intérieure, la coopération américaine en est un exemple, le plus souvent en fonction des orientations globales ou sectorielles de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, c'est le phénomène de « mondialisation » observé actuellement, mais aussi en fonction des montants des ressources publiques ou privées de l'Aide Publique au Développement. L'utilisation des fonds alloués à l'Aide Publique au Développement intéresse différemment l'opinion publique française et américaine, les autorités

gouvernementales françaises étant moins contraintes de rendre compte aux élus de l'utilisation des dépenses publiques.

Les choix stratégiques sanitaires, en particulier dans le domaine de la lutte contre le sida, sont rarement argumentés sur la base de critères de coût-efficacité des interventions, qui ne sont en général pas disponibles. Compte tenu des restrictions budgétaires dans nos pays, il nous paraîtrait judicieux que les institutions bilatérales et internationales, avec les autorités sanitaires des pays bénéficiaires, procèdent de manière plus systématique à la définition de critères d'efficacité des interventions choisies et à l'évaluation objective de stratégies alternatives, tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge du sida.

Au niveau conceptuel et opérationnel le travail reste immense aux côtés des Etats africains si l'on doit vaincre l'épidémie de sida.

Les stratégies de prévention doivent évoluer et prendre en compte le vécu de la séropositivité en milieu conjugal, familial, professionnel et tous les aspects relatifs à la procréation et à la transmission du virus de la mère à l'enfant. Les stratégies doivent être innovantes et inclure des éléments qui prennent en compte la complexité et la multiplicité des interprétations de la maladie sida en Afrique, telles que l'ensorcellement ou l'empoisonnement. Les anthropologues ont un rôle plus dynamique à jouer, de même que les épidémiologistes, pour que les connaissances fournies par leurs études soient diffusées et utilisées (Albert, 1995) (Benoist et al, 1996). La question que soulevait Claude Raynaud en 1993 à Abidjan lors d'un atelier sur le thème « Les Sciences Sociales et le Sida », est encore sans réponse aujourd'hui: « *Quelle pratique de recherche adopter, qui conserve à l'approche anthropologique sa rigueur tout en ne cantonnant pas l'observateur dans la*

position d'un spectateur indifférent et inactif? » (Raynaut, 1993). Un mode de travail reste à inventer entre les chercheurs en sciences sociales, les personnes vivant avec le VIH et les responsables de santé publique pour aboutir à la conception de stratégies de prévention prenant en compte les données des études. La dynamique Nord-Sud que nous observons à propos de l'accès aux thérapeutiques antirétrovirales doit être étendue à l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge du sida en Afrique. Ces stratégies doivent prendre en compte les pressions familiales et les contraintes culturelles à l'origine de comportements facilitateurs de la propagation de l'épidémie, en prenant en considération le fait que ces contraintes ne s'expriment que parce que le silence est préféré à l'annonce. Si le sida reste tabou dans les familles, si la personne infectée suscite autant de rejet, c'est que la population est bien peu informée sur le vécu de la séropositivité avec pour conséquence l'exclusion constante des malades du milieu professionnel et familial.

Les stratégies de prévention du sida en Afrique doivent s'inspirer plus globalement des déterminants sociaux de la propagation de cette maladie et faire appel à la contribution d'autres secteurs que la santé: l'épidémie de sida est une épidémie de la mobilité et du multipartenariat liés à des facteurs économiques et sociaux autant que culturels. Si le travailleur burkinabé isolé du milieu familial pendant de longs mois, voire de longues années, est contaminé par des prostituées à Abidjan et contamine sa famille au retour au pays c'est parcequ'il vient chercher un revenu en Côte d'Ivoire. Le rapport sexuel sera plus lucratif pour la prostituée s'il est effectué sans préservatif pour les mêmes raisons. Livrée à elle-même dans la grande ville, si elle n'est pas contrainte à subir des rapports sexuels, la jeune

étudiante s'exposera au risque d'infection par le VIH en troquant son corps contre de l'argent lui permettant d'acheter quelques fournitures pour ses études.

L'Union Européenne et la Banque Mondiale ont fondé leur intervention pour lutter contre l'épidémie de sida en considérant la maladie comme étant à la fois une conséquence et un facteur aggravant du sous-développement. L'épidémie de sida appelle certaines réponses de nature économique plus générale. Or les réponses apportées à la crise économique par les organisations internationales oeuvrant pour le développement en Afrique sont le plus souvent de nature financière que véritablement économique: les mesures d'ajustement structurel et la dévaluation du Franc CFA ont-elles eu les effets attendus de reprise de la croissance économique, d'augmentation de la production nationale, de développement du secteur industriel, de création d'emplois et de progression du pouvoir d'achat des familles?

Mais le développement est une entreprise de très longue haleine, et la propagation du virus est sans doute plus rapide que la croissance économique.

Malgré la complexité de l'épidémie certaines mesures opérationnelles peuvent encore constituer des réponses supplémentaires à la propagation du virus. Certains éléments stratégiques relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics pour prévenir au moins tous les cas évitables: étendre la sécurité transfusionnelle, responsabiliser les personnels de santé notamment les médecins face à cette épidémie, les exhorter à faire de la prévention et de la prise en charge des MST et du sida, rendre accessible le dépistage volontaire de l'infection à VIH et instaurer le dépistage prénatal des femmes enceintes en Afrique par tests rapides, prévenir la transmission du VIH en milieu de soins, enfin promouvoir la recherche clinique mais aussi la recherche opérationnelle socio-économique qui permettrait de définir des critères d'efficacité, de développer une

méthodologie pour évaluer les coûts de stratégies alternatives de prise en charge des malades, d'en évaluer l'impact, et de choisir les plus pertinentes.

La Côte d'Ivoire et la communauté internationale ont la capacité de financer la mise en oeuvre des actions supplémentaires proposées complémentaires des actions en cours: l'apport des principaux bailleurs de fonds à la lutte contre l'épidémie à VIH/sida représente dans ce pays près de 14 millions de dollars sur la période 1993-1995, soit plus de 4.5 millions de dollars par an. L'Etat peut financer les budgets de fonctionnement de ses services, la prévention de la transmission du VIH en milieu de soins et l'achat de réactifs sérologiques pour le dépistage volontaire, le diagnostic de l'infection à VIH et la sécurité transfusionnelle en milieu urbain et rural. La communauté internationale peut être sollicitée pour financer des actions de formation des personnels de santé, des responsables de programmes, des chercheurs nationaux en sciences sociales et médicales, et des personnes vivant avec le VIH à l'organisation associative et à la gestion des micro-projets. Ses experts peuvent apporter leur contribution au développement méthodologique d'indicateurs de suivi et d'évaluation, y compris économique, des interventions choisies.

Le patient séropositif peut être sollicité en ambulatoire pour contribuer à l'achat des médicaments s'ils sont disponibles sous la forme générique et si, dépisté précocément, les associations de personnes vivant avec le VIH et les services sanitaires et sociaux l'accompagnent dans la mise en place de mécanismes (individuels dans un premier temps) de prévoyance. La question de la prise en charge des soins hospitaliers n'est pas spécifique à ces malades et doit être considérée par le système de santé dans son ensemble. Cependant les associations de personnes vivant avec le VIH, à travers leurs activités, pourraient développer des mécanismes de solidarité.

La même démarche, d'analyse des coûts et des capacités de mobilisation des financements d'activités dont on a prouvé le bon rapport coût-efficacité, peut être proposée aux pays de la sous-région qui peuvent définir une clé de répartition des contributions techniques, méthodologiques et financières des patients et des associations, de l'Etat et des institutions internationales pour développer la recherche opérationnelle, étendre le dépistage volontaire du VIH, former les membres des associations et les personnels de santé y compris des maternités, préparer ainsi le terrain à d'éventuelles interventions thérapeutiques spécifiques.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES



Adjorlolo-Johnson G., De Cock K., Ekpini E. et al. Prospective comparison of mother-to-child transmission of HIV1 and HIV2 in Abidjan, Ivory Coast. *JAMA*, 1994; 272: 462-6.

Ainsworth M., Over M. The economic impact of AIDS: shocks, responses, outcomes. Document technique N°1. Banque Mondiale. 1992.

Albert B. Anthropologie appliquée ou anthropologie «impliquée»? In: Les Applications de l'Anthropologie. Baré JF. Ed. Karthala, 1995; 87-118.

Allen S., Tice J., Van de Perre P., et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among discordant couples in Africa. *Medical Journal* 1992; 6842 (304): 1605-1609.

Allen S., Seruflira A., Gruber V. et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counselling. *American Journal of Public Health* 1993; 5 (83): 705-710.

Anderson R.M. Some aspects of sexual behaviour and the potential demographic impact of AIDS in developing countries. *Social Science and Medicine* 1992; 34, 3: 271-280.

Andrulis D.P., Beers V.S., Bentley J., et al. The provision and financing of medical care for AIDS patients in US private and public teaching hospitals. *Journal of the American Medical Association* 1987; 258 (10): 1343-1346.

Anglaret X. Koné K. Coulibaly S. et al. Clinical and immunological stages of HIV infected outpatients attending community clinics, Abidjan, Côte d'Ivoire. *International Journal of STD and AIDS* 1998. In press.

Appel de Marrakech. *Journal de la Conférence*. VIII ° Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique. Marrakech. Décembre 1993.

Arno P. The economic impact of AIDS. *Journal of the American Medical Association* 1987; 258 (10): 1376-1377.

Assemblée Paritaire ACP-CEE. Quatrième convention ACP-CEE signée à Lomé le 15 décembre 1989. *Le Courrier ACP-CEE*, 1990; 120: 41.

Assouan N'Zema K.D. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida et intégration sociale en milieu urbain en Côte d'Ivoire. Mémoire de Maîtrise de Sociologie. Université de Bouaké. Juin 1997.

Aventin L. Le sida en entreprise: position professionnelle du médecin d'entreprise, secret médical et logique économique. *Sociétés d'Afrique et Sida* 1995; 10:7-8.

Aventin L. Stratégies d'entreprise et gestion du VIH/sida: discrimination à l'égard des employés infectés par le VIH à Abidjan Côte d'Ivoire. *Le Journal de l'Anthropologue* 1996; 66-67: 211-223.

Aventin L. Discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise: dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs. *Social Science and Medicine* 1997; 15: 69-96.

Banque Mondiale. Investir dans la Santé. Rapport sur le Développement dans le Monde. Washington. 1993. 339 p.

Banque Mondiale. Better Health in Africa. Les leçons de l'expérience. Washington. 1994. 283 p.

Banque Mondiale. Stratégie de la Banque Mondiale pour le secteur de la santé en Côte d'Ivoire. Note du 31 Mars 1996, Abidjan. 1996.

Barbé T, Kerouedan D. Santé publique et privée: l'Etat et le citoyen en Côte d'Ivoire. *Sociologie et Santé* 1995; 13: 19-29.

Barbé T. Les formations sanitaires urbaines à base communautaire d'Abidjan. Bilan N° III. Rapport annuel 1996. Direction Régionale de la Santé Sud. Abidjan. 1996. 69 p.

Béchu N., Chevalier E., Guillaume A., et al. Les conséquences socio-économiques du sida dans les familles africaines. In: Les Sciences Sociales Face au Sida. Ed. ORSTOM Petit Bassam, Abidjan. 1995. 391 p.

Benoist J. et A. Desclaux. Pour une anthropologie impliquée. In: Anthropologie et Sida. Bilan et Perspectives. Benoist J. et Desclaux A. Ed. Karthala, 1996; 363-373.

Berche T.†, Esmel D.†. Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social. In: Dynamique des Systèmes de Santé des Capitales Ouest-Africaines. Ed. CEDA. Abidjan. 1998. sous presse.

Bertolli J, St. Louis ME, Simonds RJ, et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire. *J Infect Dis* 1996; 174: 722-6.

Bertozzi S.M. Combatting AIDS in Africa: a role for economic research. *AIDS* 1991; (suppl 1): 545-554.

Blibolo D., Vidal L. Perspective et difficultés de la prise en charge du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire). In: Populations Africaines et Sida. La Découverte/CEPED. Paris. 1994. 223p.

Brouard N. Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida. In: Populations Africaines et Sida. La Découverte/CEPED. Paris. 1995. 223p.

Brunet-Jailly J. Le sida et les choix de stratégie sanitaire: l'exemple de la Côte d'Ivoire. Présentation orale N° C003. X^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique. Abidjan. Décembre 1997.

Caldwell J. Orubuloye I.O., Caldwell P. Underreaction to AIDS in sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine* 1992; 34(11):1169-1182.

Caraël M. Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique. Forces et Faiblesses. In: Les Sciences Sociales Face au Sida. ORSTOM. 1995. 391p.

Castillo M. Mon frère l'idiot. Fayard 1995. 380p.

Centre International de l'Enfance. Les centres SAS-Solidarité Action Sociale- Un programme pilote de soutien aux enfants et aux familles affectés par l'épidémie de sida en Afrique. CIE. Paris. Septembre 1996.

Comité National de Lutte contre le Sida. Plan d'Action à Court Terme pour la Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire. Juin 1987.

Comité National de Lutte contre le Sida. Reprogrammation des Activités de la 2^{ème} phase du Plan à Moyen Terme de Côte d'Ivoire. PMT II. Janvier 1991.

Comité National de Lutte contre le Sida. Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire 1994-1998. Yamoussoukro, 29 Septembre 1993.

Comité National de Lutte contre le Sida. Programme National de Lutte contre le Sida. Plan à Moyen Terme II. 1994-1995. (1^{er} Cycle Biennal du PMT II). 1994.

Commission des Communautés Européennes. Direction du Développement. Division Santé/sida. Note d'Orientation pour la Préparation de la Conduite sous Lomé IV, des Interventions dans le Secteur de la Santé en Afrique Sub-Saharienne. Novembre 1993.

Commission des Communautés Européennes. Division Santé/Sida de la Commission. La Politique de la Communauté Européenne et des Etats Membres en matière de Coopération avec les Pays en Développement dans le Domaine de la Santé. Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen. Mars 1994.

Communautés Européennes. Répartition Sectorielle de l'Aide Communautaire. *Revue Développement Europe Information* 1992; p.32.

Connor EM., Sterling RS., Gelber R. et al. Reduction of maternal to infant of HIV1 with Zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331: 1173-1180.

Corbett J. Famine and Household coping strategies. *World Development* 1988; 16(9); 1099-1122.

Cornu C. Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan en Côte d'Ivoire: le malade du sida, réformateur social en Afrique sub-saharienne? Mémoire pour le DEA de Sociologie. Université de Paris I. 1996.

Coulaud JP (a) (sous la direction de) et Commission des sciences humaines et sociales. Initiative Internationale. Place des antirétroviraux dans la prise en charge des patients africains infectés par le VIH. Conditions et Conséquences sociales de la mise en place des traitements antirétroviraux en Afrique. Septembre 1997.

Coulaud JP (b) (sous la direction de) et groupe de travail Nord-Sud, ANRS-ORSTOM-Secrétariat d'Etat à la Coopération française-PNLS du Sénégal-PNLS de Côte d'Ivoire-ONUSIDA. Place des antirétroviraux dans la prise en charge des Personnes Infectées par le VIH en Afrique. Abidjan, Décembre 1997.

Coulibaly D., Msellati P., Dédy S. Aspects psychosociaux du dépistage VIH/sida chez les femmes enceintes à Abidjan en 1995. Colloque international Sciences Sociales et Sida en Afrique. Bilan et Perspectives. Dakar. 1996.

Dab W. Intérêt du test de dépistage en matière de prévention. *Transcriptase* 1992; 3: 2-4.

De Cock K.M., Odehouri K., Moreau J. et al. Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast. *Lancet*, 1989; ii : 408-11.

De Cock K.M., Odehouri K., Colebunders RL. et al. A comparison of HIV1 and HIV2 infections in hospitalized patients in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS* 1990; 4: 443-448.

De Cock K.M., Barrere B., Diaby L. et al. AIDS- The leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Côte d'Ivoire. *Science*, 1990; 249: 793-6.

De Cock K.M., Selik R.M., Soro B. et al. 1991 AIDS surveillance in Africa: a reappraisal of case definition. *Br Med J*, 1991 (a); 303: 1185-88.

De Cock K.M., Gnaoré E., Adjorlolo G. Risk of tuberculosis in patients with HIV I and HIV II infections in Abidjan, Côte d'Ivoire. *British Medical Journal* 1991 (b); 302: 496-9.

De Cock K.M., Soro B., Coulibaly I.M., Lucas S.B. Tuberculosis in patients with HIV infection in sub-Saharan Africa. *JAMA* 1992; 268: 12.

De Cock K.M., Ekpini E. The public health implications of AIDS research in Africa. *JAMA* 1994 (a); 270 (6).

De Cock K.M., Zadi F., Adjorlolo G. et al. Retrospective study of maternal HIV1 and HIV2 infections and child survival in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Br Med J* 1994 (b); 308: 441-3.

De Cock K.M. The emergence of HIV/AIDS in Africa. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1996; 44: 511-518.

Debarge M. Note à l'Attention de Mesdames et Messieurs les Chefs de Mission. Ministère de la Coopération. Décembre 1992.

Dédy S., Gozé T. Etude des connaissances, attitudes et pratiques sur le sida et les comportements sexuels en Côte d'Ivoire. Rapport d'enquête. PNLS Abidjan. 1990.

Dédy S. Les déterminants de la sexualité chez les jeunes abidjanais. Résumé N° WRT 001. VIII^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Marrakech, Maroc 12-16 Décembre 1993.

Dédy S., Tapé G., Kerouedan D. et al. Sida et procréation en Côte d'Ivoire. Une Enquête à Yopougon en 1995. Résumé WeD838. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 Décembre 1995. 135p.

Desclaux A. Dépistage et conseil dans l'infection à VIH en Afrique. Bibliographie annotée. 1997. 40p.

Desclaux A., Raynaut C. Le Dépistage VIH et le Conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux. Karthala. Paris. 1998. 326 p.

Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé Sida. Note d'Orientation pour la Préparation de la Conduite sous Lomé IV des Interventions dans le Secteur de la Santé en Afrique Subsaharienne. Document de travail. 1993 (a).

Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé/Sida. Les Actions Prise en Matière de Sida dans les Pays ACP. Document destiné à l'Assemblée Paritaire de octobre 1993. 1993 (b).

Direction Générale du Développement. Commission des Communautés Européennes. Division Santé Sida. Le Programme VIH/Sida de l'Union Européenne en faveur des Pays en Voie de Développement. Fiche N° 54, Supplément à *Europa Développement*, Mai 1994.

Direction Régionale de la Santé Sud. Projet Santé Abidjan. Document de Projet. 1992.

Djomand G., Greenberg A.E., Sassan-Morokro M. et al. 1995 The epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte d'Ivoire: a review of data collected by Projet Retro-CI from 1987 to 1993. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovir* 1995; 10: 358-65.

Dozon J.P., Fassin D. Raison épidémiologique et raison d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé* 1989; VII, 1: 21-36.

Dozon JP. Le problème de l'annonce de la séropositivité en Afrique. *Sociétés d'Afrique et Sida* 1993; 1:2.

Dozon JP., Guillaume A. Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida. In: Populations Africaines et Sida. Ed. La Découverte/CEPED. Paris 1994. 223 p.

Dupuis Roudel M. La prévention du sida et les jeunes: une autre approche en milieu scolaire. Présentation orale. X^e Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique. Abidjan. Décembre 1997.

Ekpini E., Wiktor S., Sibailly T., et al. Late postnatal mother-to-child transmission in Abidjan, Côte d'Ivoire. Abstract 218 C. IXth International Conference on AIDS. Yokohama, Japan, 7-12 August, 1994.

Esmel D.†, Tapé Bi E., Kouamé J. et al. Tous unis dans l'espoir? Les *Cahiers Santé* 1997; 2:143-4.

Etchepare M. Etchepare C. Sida en Afrique, analyse par pays. ENDA Editions. Série Etudes et recherche N° 196-197-198-199. Dakar, 1998.

Fassin D., Dozon JP. Les Etats Africains à l'épreuve du sida. *Politique Africaine* 1988; 32: 79-85.

Fassin D. Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo. *Annales Histoire, Sciences Sociales*, 1994; 49(4): 745-775.

Foster S. Cost and burden of AIDS on the Zambian health care system: policies to mitigate the impact on health services. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1994.

Fraternité-Matin, Commentaire du ministre de la santé de Côte d'Ivoire, 18 mars 1987, p. 4.

Galland B. Projet d'appui à l'auto-promotion des communautés en matière de santé. Capitalisation méthodologique 1993-1996. Rapport final. 1996.

Gayle H., Gnaoré E., Adjorlolo G. et al. HIV1 and HIV2 infection in children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Jour Acqu Imm Def Syndr* 1992; 5: 513-7.

Gershby-Damet G.M., Koffi K., Soro B.N. et al. 1991 Seroepidemiological survey of HIV1 and HIV2 infections in the five regions of Côte d'Ivoire. *AIDS* 1991; 5: 462-3.

Gollo-Tabley RG., Behou N. Etude synthétique du Droit de la famille en Côte d'Ivoire. Bouaké. Janvier 1995. 28p.

Grmek M. Histoire du Sida. Début et origine d'une pandémie actuelle. Payot Paris. 1989. 418 p.

Griffiths A. The Economic Impact of AIDS. 1988. (unpublished). Cité par Union Européenne et al, 1997.

Grosskurth H., Mosha F., Todd J. et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 346: 530-536.

Groupe de Réflexion consultatif auprès du PNLS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Eléments pour une politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Rapport Final. Abidjan. Juin 1995. 45p.

Groupe International de Travail sur la Transmission Mere-Enfant du VIH. Estimation du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant: problèmes méthodologiques et estimations actuelles. Rapport de deux ateliers de travail. Gand, Belgique. Février 1992 et Septembre 1993. *Cahiers Santé* 1994; 4: 73-86.

Gruesnais M.E., Vidal L. L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. Introduction. *Psychopathologie Africaine* 1994; 26(2): 149-153.

Gruesnais M.E. Enjeux Sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo. Action Incitative ORSTOM Sciences Sociales. Département Santé U.R. « Sociétés, Populations, Santé ». Rapport Final. Novembre 1994.

Gruesnais M.E. Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo. In: Les Sciences Sociales Face au Sida. Cas Africains autour de l'Exemple Ivoirien. ORSTOM. 1995. 391p.

Guessan Bi G., Portal J.L. Effets de la dévaluation du Franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan Côte d'Ivoire. Direction Régionale de la Santé et des Affaires Sociales du Sud. Abidjan. Novembre 1994.

Hassig S.E., Perriens J., Baende E. et al. An analysis of economic impact of HIV infection among patients at Mama Yemo Hospital, Kinshasa, Zaïre. *AIDS* 1990; 9: 883-887.

Hassoun J. Le sang gâté. Rencontres avec les femmes malades du sida à Abidjan. Notes personnelles. 1997. 188 p.

Hellinger F.J. Updated forecasts of the costs of medical care for persons with AIDS 1989-1993. *Public Health Reports* 1990; 105(1):1-12.

Heyward W.L., Batter V.L., Malulu M. et al. Impact of HIV counselling and testing among childbearing women in Kinshasa, Zaïre. *AIDS* 1993, 7: 1633-1637.

Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire. Enquête démographique et de santé. Abidjan. 1994. 294p.

Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire. Enquête sur le niveau de vie des ménages. Enquête prioritaire sur les dimensions sociales de l'ajustement structurel. Abidjan. Août 1995.

Kadio A., Kerouedan D., Agness J. et al. Evaluation des Dépenses en Médicaments des Patients Atteints d'Infections Opportunistes du Sida en Ambulatoire et en Hospitalisation à Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire. Résumé TrT004.VIII^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Marrakech, Maroc. Décembre 1993.

Kerouedan D., Dosso M., Konan N'D. Les premières journées nationales de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. «Le sida au quotidien: un effort national». *Cahiers Santé* 1993; 3: 200-202. (a).

Kerouedan D., Sia J., Assouhoun H., et al. La lutte contre le sida dans les entreprises privées d'Abidjan. *Sociétés d'Afrique et Sida* 1993; 2: 6.(b).

Kerouedan D. La Politique de santé des Communautés Européennes dans le cadre de ses relations avec les pays ACP. Mémoire pour le D.U. de Politiques de Santé Européennes. Centre Européen Universitaire. Nancy. Juin 1994. 35p.

Kerouedan D., Bontez W, Bondurand A. et al. Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. Etat des lieux et perspectives en Côte d'Ivoire. *Cahiers Santé* 1994; 4: 37-42.

Kerouedan D., David HA., Barbé T. et al. Les malades du sida en Afrique, donnée incontournable pour la conception et la mise en place de mécanismes de financement des soins de santé. Présentation orale. Colloque International. Les innovations dans la pratique médicale et dans le financement de la santé en Afrique au sud du Sahara. Bamako 16-18 Février 1995. (a).

Kerouedan D., Kadio A., Tano-Bian A. et al. Décentralisation de la prise en charge des malades du sida dans les formations sanitaires périphériques d'Abidjan, Côte d'Ivoire. Communication orale. Congrès de la Société Française de Santé Publique et de l'ADELF. Nancy. 1995 (b).

Kerouedan D., David H.A., Coulibaly I.M. Dépenses en soins et traitements des malades de sida à Abidjan, Côte d'Ivoire. Résumé WeD264. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 Décembre 1995. (c).

Kerouedan D. Les femmes africaines face au sida: le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives. *Cahiers Santé* 1995; 5: 259-61.

Kerouedan D. Rapport de propositions à l'Inspecteur Général de la Santé Publique sur le devenir de l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil (USAC) au CHU de Treichville. Abidjan. Avril 1997 (a). 15 p.

Kerouedan D. Access to antiviral therapies in African countries. *The Lancet*, 1997 (b); 349:1704.

Kerouedan D., Deschamps JP., Coulibaly I.M. Formation des personnels de santé à la prise en charge des malades du sida. L'expérience ivoirienne sur la période 1987-1997. In: Le Dépistage VIH et le Conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux. Karthala. Paris. 1998. 326 p.

Kerouedan D. La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique francophone sur la période 1987-1997: le cas de la Côte d'Ivoire en Afrique de l'Ouest. In: Rapport de l'Observatoire permanent de la Coopération française. Paris. Septembre 1998 (a).

Kerouedan D. Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH en milieu urbain en Afrique? Le cas de l'association Lumière Action en Côte d'Ivoire. In: Dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. Ed. CEDA. Abidjan 1998 (b). sous presse.

Kerouedan D. Christine, jeune femme séropositive en Côte d'Ivoire: réflexion sur la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant en Afrique. *Politique Africaine* 1998 (c). sous presse.

Kerouedan D. Les formations sanitaires à base communautaire, une alternative à la prise en charge symptomatique ambulatoire du sida à Abidjan. Dossier Projet Santé Abidjan soumis aux *Cahiers Santé* en mai 1998. (d).

Kerouedan D. Lutter contre le sida en Afrique de l'Ouest : quelles perspectives en cette fin de siècle ? A partir du cas de la Côte d'Ivoire observé sur la période 1987-1997. *Santé Publique* 1998, Vol 10, 2 : 203-218.

Koné T., N'Guessan BI T., Silué A. et al. L'impact économique du sida dans les entreprises privées d'Abidjan. Rapport au PNLS. Abidjan. Février 1994. 43p.

Koné T., Silué A., Agness-Soumahoro J. et al. Expenditures on AIDS. Rapport de l'étude au PNLS de Côte d'Ivoire, Août 1996. 12p.

Kouakou N'G., Abé N., Touré I., et al. Etude d'acceptabilité d'un centre de soutien aux enfants et aux familles affectées par l'épidémie de sida à Bouaké, Côte d'Ivoire. Rapport final. Université de Bouaké. Décembre 1994. 135p.

Kouakou N'G., Abé N., Touré I., et al. Les orphelins du sida en Côte d'Ivoire. Questions d'une intégration sociale. Université de Bouaké. Novembre 1995. 140p.

Ladner J., Leroy V., Msellati P. et al. A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post test counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda, 1992-1993. *AIDS* 1996; 10: 69-75.

Laga M., Nzila N., Goeman J. The interrelationship of sexually transmitted diseases and HIV infection: implications for the control of both epidemics in Africa. *AIDS* 1991; 5(suppl 1): S55-S63.

Laga M., Manoka A., Kivuvu M. et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* 1993; 7: 95.

Laga M., Manoka A., Kivuvu A. et al. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV I infection in female zairian sex workers. *Lancet* 1994; 344: 246-248.

Lavollay M. La (non-) annonce de la séropositivité. *Le Journal du Sida* 1996 (a); 86-87: 59-61.

Lavollay. Quand USAID et GPA s'opposaient au dépistage conseil...*Le Journal du Sida* 1996 (b); 86-87: 61-62.

Le Monde (Journal). Glaxo et Smithkline veulent constituer le numéro un mondial de la pharmacie. Dominique Gallois, *Le Monde* 1997; 2 février.

Lucas S.B., Hounnou A., Peacock C. et al. The mortality and pathology of HIV infection in a West African City. *AIDS* 1993; 7: 1569-79.

Lurie P., Hintzen P., Lowe R.A. Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS* 1995; 9: 539-546.

Mann J†, Tarantola D., Netter T.W. AIDS in the world: a global report. Boston Harvard University Press. Boston. 1992.

Mann J†. Coalition pour une Politique Mondiale contre le Sida. Vers une nouvelle politique de santé contre le Sida. Centre François-Xavier Bagnoud pour les Droits de l'Homme et la Santé. Harvard. Juin 1993. 16p.

Marchal C. Programme du Ministère français de la Coopération. In: Populations Africaines et Sida. Ed. La Découverte/CEPED. 1994. 223p.

Mertens T., Hayes R.J., Smith P.G. Epidemiologic methods to study the interreaction between HIV infection and other sexually transmitted diseases. *AIDS* 1991; 4:57-65.

Ministère des Affaires Etrangères de la République française. Secrétariat d'Etat à la Coopération. Evolution en 1996 des apports d'aide publique et des ressources financières. Note du 25 Juin 1997. 10p.

Ministère de la Coopération. DEV/S Sous-Direction de la Santé et du Développement Social. La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique. Paris. Août 1994.

Ministère de la Coopération, Direction du Développement. La Coopération Française et la Lutte contre le Sida. Dépliant. Paris. Juillet 1996.

Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire. Rapport des experts des pays de la zone Franc en Afrique. L'impact de la dévaluation sur la politique du médicament. Abidjan 15-16 Mars 1994.

Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire. Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005. Tomes 1 et 2. Avril 1996 (a).

Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire. PNDS. Table-ronde des bailleurs de fonds Abidjan 10-11 juin 1996. Actes de la table-ronde. Novembre 1996 (b).

Mission de Coopération et d'Action Culturelle. Infection à VIH, Sida et coopération sanitaire française en Côte d'Ivoire. Abidjan. Janvier 1997.9p.

MMWR. Administration of Zidovudine During Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission - Thailand, 1996-1998 . March 6, 1998.

Msellati P. Vers une proposition du test VIH aux femmes enceintes. *Le Journal du Sida*, 1996; 86-87: 90-92.

Msellati P., Ramon R., Viho I., et al. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique. Présentation orale N° B 395. X° Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Abidjan, Décembre 1997.

Muller O., Barugahare L., Schwartländer B. et al. HIV prevalence, attitudes and behaviour in clients of a confidential HIV testing and counselling centre in Uganda. *AIDS* 1992; 6: 869-874.

OMS. Déclaration de la consultation sur l'allaitement au sein ou avec du lait de femme et virus de l'immunodéficience humaine VIH. Genève 23-25 Juin 1987.

OMS/GPA. Déclaration de la consultation sur le dépistage de l'infection à VIH et le conseil. Genève. Novembre 1992.

OMS. La Stratégie Mondiale de Lutte contre le Sida. OMS Sida. Série N° 11. Genève. 1993 (a).

OMS. Groupe spécial sur la coordination de la lutte contre le VIH/sida. Principes directeurs pour la coordination de la lutte contre le VIH/sida au niveau des pays: schéma général. 1993 (b).

OMS/GPA., London School of Tropical Medicine and Hygiene. The costs of HIV/AIDS prevention strategies in developing countries. 1993 (c).

OMS. Définition des cas de sida aux fins de surveillance, pour les adultes et les adolescents. *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire* 1994; 69: 273-280.

OMS. Revue externe du Programme de Lutte contre le Sida et les MST. 1996.

OMS/GPA. Effective approaches for the prevention of HIV/AIDS in Women. Report of Meeting. Geneva, February 1995 (a).

OMS/GPA. Counselling for HIV/AIDS: a key to caring. For policy makers, planners and implementors of counselling activities. 1995 (b).

OMS/UNICEF. Allaitement maternel et sida: faire un choix bien renseigné. Résumé de la Déclaration de Consensus de l'OMS/UNICEF sur l'allaitement maternel et la transmission du sida. Genève 1er mai 1992.

ONUSIDA. VIH et Allaitement du jeune enfant: Déclaration intérimaire. *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire* 1996 (a); 39: 1.

ONUSIDA. Prévention du Sida: des signes encourageants. Feuilleton de la Journée Mondiale du Sida 1996.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/sida. Décembre 1997. 13 p.

ONUSIDA. Réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH. Points de vue. Feuilleton non daté.

Over M. The direct and indirect Costs of HIV in developing countries: the cases of Zaïre and Tanzania. In Flemming A., Carballo M., FitzSimons D., Bailey M., Mann J† (eds). *The Global Impact of AIDS* 1988. Alna R. Liss, New-York: 123-135.

Over M., Bertozzi S., Chin J. Guidelines for the rapid estimation of direct and indirect costs of HIV in a developing country. *Health Policy* 1989; 11 (2):169-186.

Over M., Piot P. HIV infection and other sexually transmitted diseases. In: Jamison D.T., Mosely W.H. (eds.). 1991. *The World Bank Health Sector Priorities Review*. White Cover Report. New-York Oxford University Press for the World Bank.

Pepin J., Plummer FA., Brunham RC. et al. The interaction of HIV infection and other sexually transmitted diseases: an opportunity for intervention. *AIDS* 1989; 3:3-9.

Plummer FA., Simonsen JN, Cameron DW, et al. Cofactors in male-female sexual transmission of immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 1991; 163:233.

PNLS/MST/TUB. Rapport de Notification des Cas de Sida de l'année 1996. Décembre 1996.

PNLS/MST/TUB. Politique d'approvisionnement, de distribution et de tarification pour les réactifs sérologiques de dépistage de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire. Rapport PNLS-CNTS. 1997. 18p.

Population Service International. Rapport d'Activités Côte d'Ivoire. 1996.

Pujolle T. L'Afrique Noire. Flammarion. Collections Dominos. Paris. 1994.

Quinn T.C., Mann J†., Curran J. et al. AIDS in Africa, an epidemiological paradigm. *Science* 1986; 234: 955-963.

Raynaut C., Muhongayire F. Chronique d'une mort annoncée: problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais). In: Les Sciences Sociales Face au Sida. Editions ORSTOM. 1995. 391p.

Raynaut C. Dépistage et Conseil en question à Vancouver. *Sociétés d'Afrique et Sida* 1996; 14:2.

Ricard. D., Louis JP., Kerouedan D. Réflexion sur l'utilisation des antirétroviraux en Afrique. Résumé N° 081B741. X° Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique. Abidjan. Décembre 1997.

Rice D. Estimating the cost of illness. *American Journal of Public Health*. 1967; 57: 424-439.

Rosanvallon P. L'Etat en France de 1789 à nos jours. Seuil. Paris. 1990.

Savarit D., De Cock K.M., Schutz R. et al. Risk of HIV infection from transfusion with blood negative for HIV antibody in a West African city. *Br Med J* 1992; 105: 498-502.

Schutz R., Savarit D., Kouadio J.C. et al. Excluding blood donors at risk of HIV infection in a West African city. *Br Med J* 1993; 307: 1517-9.

Scitovski A., Rice D.P. Estimates of the direct and indirect costs of acquired immunodeficiency syndrome in the United States, 1985, 1986, and 1991. *Public Health Reports* 1987; 102 (1): 5-17.

Scitovski A., Over M. AIDS: Cost of care in the developing and the developed world. *AIDS* 1988; 2: S71-S81.

Seeley J., Malamba S.S., Nunn A.J. et al. Socioeconomic status, gender and risk of HIV1 infection in a rural community in South West Uganda. *Medical Anthropology Quaterly* 1994; 8(1): 78-79.

Shepard D.S. Costs of AIDS in a developing area: indirect and direct costs of AIDS in Puerto Rico. In: Schwefel D., Leidl R., Rovira J., Drummond M.F. (eds.). Economic aspects of AIDS and HIV infection. Springer-Verlag 1989: 226-237.

Shepard S.D., Bail R.N. Cost of care for persons with AIDS in Rwanda. Bigel Institute for Health Policy. Heller School, Brandeis University, Waltham, MA 02254-9110 USA. Revised 1992.

Sisk J.E. Les coûts du sida et de l'infection à VIH: les problèmes méthodologiques de l'évaluation. *Sciences Sociales et Santé* 1989; VII (1): 95-109.

Smets P., Kerouedan D. Engagement politique contre la pandémie. *Sidalerte* 1993; 26:10.

Söderlund N., Lavis J., Broomberg J. et al. The costs of HIV prevention strategies in developing countries. *Bulletin of the world Health Organisation* 1993; 71 (5): 595-604.

Sommet de Paris sur le Sida. Déclaration du Sommet. Journée Mondiale du Sida. Paris. 1er Décembre 1994.

Soro B.N., Gershy-Damet G.M., Coulibaly A. Seroprevalence of HIV infection in the general population of the Côte d'Ivoire, West Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1990; 2: 1193-6.

Soro B., Gershy-Damet G.M., Coulibaly A., et al. The present and future course of the AIDS epidemic in Côte d'Ivoire. *Bull WHO* 1992; 70:117-23.

Soyinka F. Physician's dilemma in AIDS care in African countries. International Symposium « Social Sciences and AIDS in Africa ». Dakar. Octobre 1996.

Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996;335:1621-9.

Sylla-Koko F., Ezoua-Ehui C., Traoré-Anaky M.F. et al. Seroprevalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales à Abidjan, Côte d'Ivoire. Résumé N° TuC626. IX ème Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 Décembre 1995.

Temmerman M., Ndinya-Achola J., Ambani J., Piot P. The right not to know HIV results. *The Lancet*, 1995; 345: 969-970.

Tijou A. Commentaire du récit de vie de Christine. Abidjan. Mai 1997.

Ullin P. African women and AIDS: negotiating behavioral change. *Social Science and Medicine* 1992; 34(1): 63-73.

UNAIDS (a). Country Support Framework. Mode of operations at country level. Working Draft November 1995.

UNAIDS (b). Strategic Plan. Revised December 1995.

UNAIDS. The HIV/AIDS situation in mid 1996. Fact sheet 1 July 1996.

UNAIDS. Country Profiles. PNLS Côte d'Ivoire. Janvier 1997.

Union Européenne, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de Côte d'Ivoire, Centre International de l'Enfance et de la Famille. Sida et Secteur Santé: Analyse des Conséquences et Stratégies de Réponse. Le Cas de la Côte d'Ivoire. Rapport Final. Octobre 1997. 321 p.

USAID (a). Guide to the Offices of population, Health and Nutrition. Center for Population, Health and Nutrition Global Programmes, Field Support and Research Bureau. 1994.

USAID (b). Family Health and AIDS. West and Central Africa Project. 1994.

Van de Perre P., Simonon A., Msellati P. et al. Post natal transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 from mother to infant. *New England Journal of Medicine* 1991; 325:593-598.

Van de Perre P., Simonon A., Deo-Gratias H. et al. Infective and Anti-infective properties of breast milk from HIV1 infected mothers. *The Lancet* 1993; 341:914-918.

Van Der Groen G., Van Kerckhoven I., Vercauteren G., Piot P. Simplified and less expensive confirmatory HIV testing. *Bull WHO* 1992; 69: 747-752.

Van Kerckhoven I., Vercauteren G., Piot P., Van Der Groen G. Comparative evaluation of 36 commercial assays for detecting antibodies to HIV. *Bull WHO* 1991; 69: 753-760.

Vidal L. Le silence et le Sens. Essai d'Anthropologie du Sida en Afrique. Anthropos. Paris. 1996.

Viens P. Le GPA attendait des PNLS une soumission totale...*Le Journal du Sida*, 1996; 86: 106-108.

Wall Street Journal. AZT price cut for Third World Mothers-to-be. From the CDC AIDS News Digest. 5 Mars 1998. p. B1.

Wasserheit JN. Interrelationships between human immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases. *Sex Trans Dis* 1992; 19:61-77.

Welfens-Ekra C., Msellati P., Tano G. et al. Mise en place de la proposition systématique du test de dépistage pour le VIH des femmes enceintes à Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire 1995. Résumé WeD850. IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 Décembre 1995.

Welfens-Ekra C., Méda N., Msellati P., et al. Evaluation de la Zidovudine (AZT) pour diminuer la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH en Afrique: un essai de phase II en Afrique de l'Ouest, 1995-1997 (Essai ANRS 049a). Présentation orale N° B. 396. X° Conférence Internationale du Sida et des MST en Afrique, Abidjan, Décembre 1997.

Williams A. Economics, QALYs and medical ethics, a health economist's perspective. *Health Care Analysis*, 1995; 3:221-226.

Williams G., Blibolo A., Kerouedan D. Colmater les Brèches. Stratégies pour l'Espoir. Action Aid 1995, N°10. 61p.

World Bank. Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic, a World Bank Policy Research Report, 1997. 353p.



LISTE DES TABLEAUX



Tableau 1 : Financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire sur la période 1993-1995	p. 60
Tableau 2 : Financement du Programme National de Lutte contre le Sida les MST et la Tuberculose sur la période 1996-1998	p. 62
Tableau 3 : La phase bilatérale d'appui de USAID à la lutte contre le sida sur la période 1993-1995	p.67
Tableau 4 : Répartition des projets santé/sida de USAID sur la période 1996-2000 pour 4 pays d'Afrique de l'Ouest	p. 71
Tableau 5 : Contribution financière de la Coopération française à la lutte contre le sida en Afrique sur la période 1993-2000	p. 81

TABLE DES MATIERES



LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS ISSUES DU TRAVAIL DE LA THESE	6
INTRODUCTION	12
OBJECTIFS	15
CONTEXTE	16
EPIDEMIE DE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE	20
PROBLEMATIQUE	22
HYPOTHESES	23
METHODE	32
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE ET INTERNATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE SUR LA PERIODE 1987-1998	34
CHAPITRE I : ANALYSE CRITIQUE DES PLANS STRATEGIQUES DE LUTTE CONTRE LE SIDA SOUS LA TUTELLE DE L'ONU	35
I- LES DEBUTS DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA	36
I-1. LA STRUCTURE DU PNLS SUR LA PERIODE 1987-1988	37
I-2. LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN 1987 et 1988	38
I-3. LES ACTIVITES	39
I-4. LES FINANCEMENTS	40
II- LES EVOLUTIONS DU PNLS CÔTE D'IVOIRE 1989-1997	40
II-1. LES EVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES	40
II-2. LES EVOLUTIONS STRATEGIQUES	42
II-3. LES REALISATIONS ET LES ACTIVITES	43
II-3.1. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE	43
II-3.2. LA SECURITE TRANSFUSIONNELLE	45
III-NAISSANCE DE L'ONUSIDA	46

CHAPITRE II : CONTRIBUTIONS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES BILATERALES A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE	54
I- INTRODUCTION: IMPLICATION PROGRESSIVE DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES	55
II- LA FRANCE ET LES ETATS-UNIS: EVOLUTIONS DES CONTRIBUTIONS A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE SUR LA PERIODE 1992-2000	62
II-1. LA COOPERATION AMERICAINE OU USAID	63
II-1. 1. LA STRUCTURE ET LES PRINCIPES	63
II.1.2. USAID CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE	66
II-2. LA COOPERATION FRANCAISE	72
II.2.1. LA STRUCTURE ET LES PRINCIPES	72
II.2.2. LES PROJETS DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA COOPERATION FRANCAISE EN AFRIQUE	74
II-2.2.3. LA CONTRIBUTION DE LA COOPERATION FRANCAISE A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE	78
II-3. COMMENTAIRES	82
II-3.1. LA COOPERATION FRANCAISE	82
II-3.2. LES DETERMINANTS DU CHOIX DES STRATEGIES DE COOPERATION BILATERALE AMERICAINE OU FRANCAISE	86
III- LES COOPERATIONS MULTILATERALES	88
III-1. L'UNION EUROPEENNE	89
III-1.1. LES ACTIONS SANTE DE LA COMMISSION	90
III-1.2. LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE LA COMMISSION	91
III-1.3. LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA DE L'UE EN CÔTE D'IVOIRE	92
III-2. LA BANQUE MONDIALE	94
III-2.1. INTERVENTION DE LA BANQUE MONDIALE SUR LE SECTEUR SANTE/SIDA EN AFRIQUE	94
III-2.2. LA BANQUE MONDIALE ET LA SANTE EN CÔTE D'IVOIRE	95
III-2-3.LA BANQUE MONDIALE ET LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE	97
IV- CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	99
DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS D'ELEMENTS STRATEGIQUES POUR VAINCRE LE SIDA EN AFRIQUE	104
INTRODUCTION : LES STRATEGIES A DEVELOPPER	105
III-1. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION NOSOCOMIALE ET AU PERSONNEL DE SANTE	105
III-2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SEROPOSITIVES ET DES MALADES DU SIDA	105
III-3. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH ET LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DU SIDA DE LA MERE ET DE L'ENFANT	108

III-4. LA PROMOTION DE LA RECHERCHE MEDICALE	109
ETUDE DE CAS	111
CHAPITRE I : LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOCIALE DU SIDA	114
I-1. FORMER LES PERSONNELS DE SANTE AU DEPISTAGE ET CONSEIL DANS L'INFECTION A VIH: L'EXPERIENCE DU PNLS DE CÔTE D'IVOIRE	115
I-1.1. LES LIMITES DE LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DU PNLS	116
I-1.2. STRATEGIES DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIH/SIDA	117
I-1.2.1. SENSIBILISATION 1987-1993	117
I-1.2.2. TECHNIQUES DE FORMATION 1994-1996.	118
I-1.3. RESULTATS	121
I-1.4. DISCUSSION: LUTTER CONTRE UNE EPIDEMIE SANS LES PERSONNELS DE SANTE	122
I-1.4.1. FACTEURS DE SUCCES	123
I-1.4. 2. LES FACTEURS D'ECHEC	125
I-1.5. CONCLUSION	128
I-2. COÛTS ET FINANCEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PATIENTS ATTEINTS DE SIDA	131
I-2.1. PROBLEMATIQUE	131
I-2.2. CONSEQUENCES ECONOMIQUES DU SIDA	134
I-2.3.COÛTS DU SIDA EN AFRIQUE	135
I-2.4.COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EN CÔTE D'IVOIRE	137
I-2.4.5. CONCLUSION	142
I-3. L'ACCESSIBILITE DES PATIENTS VIH+ AFRICAINS AUX THERAPEUTIQUES ANTIRETROVIRALES	144
I-3-1. DETERMINANTS DE LA DEMANDE DES MALADES	144
I-3.2. REPONSES OCCIDENTALES	149
I-3.3. INSERTION DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE DANS LA STRATEGIE SANITAIRE IVOIRIENNE	151
CHAPITRE II- IMPLIQUER LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH : QUE PEUT-ON ATTENDRE DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA POUR LUTTER CONTRE LE SIDA ET SES EFFETS SOCIAUX EN AFRIQUE?	153
II-1. NAISSANCE DE LUMIERE ACTION	154



II-2. LES ACTIVITES DE LUMIERE ACTION	156
II-3. CONCLUSION	160
 CHAPITRE III- CHRISTINE, JEUNE FEMME SEROPOSITIVE EN CÔTE D'IVOIRE: REFLEXION SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU SIDA DE LA MERE ET DE L'ENFANT	 162
III- 1. RECIT DE VIE DE CHRISTINE	164
III-2. QUESTIONS SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU SIDA DE LA MERE ET DE L'ENFANT EN AFRIQUE	172
III-2.1. SUR LE PLAN MEDICAL	172
III-2.2. SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE	176
III-3. L'ENGAGEMENT ASSOCIATIF DE CHRISTINE ET SON EMANCIPATION SOCIALE	179
III-4. SIDA ET PROCREATION: VIE ET RISQUE DE MORT	180
III-4.1. LES PRESSIONS FAMILIALES	181
III-4.2. LES CRAINTES SOCIALES: TAIRE LE SIDA	181
III-4.3. UNE HISTOIRE D'AMOUR ET DE MATERNITE	182
IV- LES ENFANTS DE CHRISTINE, LES ORPHELINS DU SIDA	182
V- LE DEVOIR DES POUVOIRS PUBLICS, ET APRES?	184
V-1-INFORMER ET FORMER...	184
V-2- ...ET APRES ?	186
VI- CONCLUSION	187
 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	 189
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 197
 LISTE DES TABLEAUX	 213

RESUME EN FRANCAIS



L'épidémie de sida éclate en Afrique au début des années 80. L'OMS est mandatée pour créer le Programme Mondial Sida et élaborer la stratégie de lutte contre la pandémie. La stratégie standardisée pour les pays africains, élaborée à Genève, privilégie la prévention de la transmission sexuelle du VIH sans en communiquer les méthodes. Notre première hypothèse est que la nature extérieure et exclusive de l'intervention de l'OMS est une des raisons pour lesquelles les objectifs ne sont pas atteints sur le continent une décennie plus tard. Notre deuxième hypothèse est que les initiateurs de la stratégie mondiale n'ont pas su inviter les responsables nationaux à une adaptation de celle-ci à la dynamique de l'épidémie, à l'augmentation de la séroprévalence des femmes enceintes, à la croissance considérable du nombre de malades et d'enfants infectés par le virus et aux conséquences économiques et sociales de la maladie. L'objectif de ce travail est de faire des propositions d'interventions opérationnelles de lutte contre le sida en Afrique.

Les techniques d'observation ont été :

- la participation active pendant 6 ans, dans le cadre d'un projet de la Coopération française, à la définition des stratégies, à la mise en oeuvre des activités de lutte contre le sida et à des travaux de recherche en sciences sociales auprès du Programme National de Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, aux côtés des institutions internationales de référence (OMS puis ONUSIDA) et des autres intervenants bilatéraux (Canada, GTZ, USAID) et multilatéraux (Union Européenne et Banque Mondiale) de la communauté internationale.
- des entretiens avec les autorités et les équipes nationales du PNLS, les personnes vivant avec le VIH et leurs associations, les représentants des institutions internationales.
- l'étude documentaire des textes stratégiques et des travaux de recherche internationaux produits entre 1987 et 1997 à Abidjan, Genève, Paris, Bruxelles et Washington.
- des études de cas à travers l'accompagnement quotidien des associations de personnes vivant avec le VIH.

Il nous paraît essentiel que les autorités sanitaires et politiques nationales prennent leurs responsabilités vis-à-vis de l'élaboration d'une stratégie intégrée de prévention et de prise en charge du sida, qui prenne en compte les déterminants de la propagation de l'épidémie dans ce pays et la sous-région, préconise un large accès au dépistage-conseil volontaire de la population générale et des femmes enceintes, la prévention de la transmission sanguine du VIH à l'échelle du pays, la formation et la responsabilisation de l'ensemble des personnels de santé à la prise en charge des malades, et la mise en place de mécanismes de prévoyance sociale et de financement des soins.

Nom : KEROUEDAN

Prénom : Dominique Marie

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

en BIOLOGIE ET SANTÉ

Spécialité : ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

VU, APPROUVÉ ET PERMIS D'IMPRIMER

Nancy, le 21 juillet 1998 n° 64

Le Président de l'Université



TITRE EN ANGLAIS

**AIDS : TWELVE YEARS OF AN EPIDEMIC IN CÔTE D'IVOIRE WEST AFRICA
1987-1998- CRITICAL ANALYSIS OF INTERNATIONAL STRATEGIES**

RESUME EN ANGLAIS

AIDS in Africa burst forth in the early 1980s. The World Health Organization (WHO) was given the mandate to set up the Global Programme on AIDS (GPA) and elaborate the world strategy against the new pandemic. The strategy drawn up in Geneva for African countries invites national governments and health authorities to address in priority prevention of sexual transmission of HIV. The first hypothesis of our work is the following : the fact that the African strategic against AIDS is designed by an « outsider » -WHO- is one of the reasons why the objectives have not been met on the continent over ten years later. The second hypothesis is that the international initiators of the world strategy failed to involve those responsible nationally in adapting the overall strategy to the national dynamics of the epidemic : increase of seropositive pregnant women, increase of the number of AIDS cases, and the socio-economic consequences of the epidemic in these poor countries. The objective of this work is to add some elements to current national or international policies against AIDS in Africa, that are culturally acceptable and financially possible when the costs are shared between the patients, the governments and the international aid agencies: design prevention programmes on the basis of the cultural and socio-economic epidemic determinants, extend blood safety and hygiene norms in health settings, train health professionals in testing and counselling, and in managing ambulatory or hospitalized care for AIDS patients, extend voluntary testing for the general population and specifically for pregnant women and develop financing mechanisms allowing the patients to afford treatment. Access to antiviral therapy is discussed.

Discipline : BIOLOGIE ET SANTE. EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE

**Mots-clés :SIDA-AFRIQUE-STRATEGIE-INTERNATIONAL-ONU-FEMMES-
ACCESSIBILITE -COUT-**

Ecole de Santé Publique. Faculté de Médecine. Université de Nancy I.
9 avenue de la Forêt de Haye. 54505 Vandoeuvre les Nancy.
France.